FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1960

THÈSE

N° 406

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Georges OSTAPTZEFF

né le 9 Mars 1934 à PARIS 8°

Présentée et soutenue publiquement le :

L'EXPRESSION VERBALE ET ECRITE DE SON AMBIVALENCE PAR UN SCHIZOPHRENE

Président : Mr. J. DELAY, Professeur.

ÉDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE · PARIS-Ve

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1960

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Georges OSTAPTZEFF

né le 9 Mars 1934 à PARIS 8°

Présentée et soutenue publiquement le :

L'EXPRESSION VERBALE ET ECRITE DE SON AMBIVALENCE PAR UN SCHIZOPHRENE

Président : Mr. J. DELAY, Professeur.

ÉDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE - PARIS-Ve

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PROFESSEURS

18-1-60

18-1-60

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Aubin (A.), Bénard (H.), Brocq (P.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Chevallier (P.), Debré (R.), Donzelot (E.), Gastinel (P.), Guillain (G.), Halphen (E.), Harvier (P.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Laubry (C.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Loeper (M.), Marion (G.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis, Richet (C.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN . . . . . **Léon BINET.**
Membre de l'Institut

ASSESSEUR . . . . . **Jean VERNE.**

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	CORDIER (G.)
» (Profr à titre personnel)	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Bactériologie	FASQUELLE (R.)
Biochimie médicale	JAYLE (M. F.)
» » (Profr à titre personnel)	SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
» » (Profr à titre personnel)	BOURLIÈRE (F.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Clinique carcinologique chirurgicale (Inst. G. Roussy)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales — Beaujon	SICARD (A.)
Cliniques chirurgicales — Cochin	QUÉNU (J.)
Cliniques chirurgicales — Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
Cliniques chirurgicales — Saint-Antoine	GOSSET (J.)
Cliniques chirurgicales — Salpêtrière	MOULONGUET (P.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART-D'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (St-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Ste-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	ALAJOUANINE (T.)
Cliniques médicales — Boucicaut	LENÈGRE (J.)
Cliniques médicales — Broussais	SOULIÉ (P.)
Cliniques médicales — Cochin	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Cliniques médicales — Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
Cliniques médicales — Pitié	DREYFUS (G.)
Cliniques médicales — St-Antoine	KOURILSKY (R.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hotel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Cliniques obstétricales — Baudelocque	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales — Foch (Suresnes)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Laribolsière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (St-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie Sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laënnec)	BERNARD (E.)
Clinique psychiatrique infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	SÉNÈQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale (St-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique urologique (Cochin)	FEY (B.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Laribolsière)	SÉZE (S. de)
Histologie	VERNE (J.)

	MM.
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
— — (Prof[r] à titre personnel)	DEPARIS (M.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIÉDELIÈVRE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE (R.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie et thérapeutique générales	GARCIN (R.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
» (Prof[r] à titre personnel)	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	BINET (L.)
» (Prof[r] à titre personnel)	BARGETON (D.)
Physique médicale	DOGNON (A.)
» » (Prof[r] à titre personnel)	DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	LÉGER (L.)
Thérapeutique	BROUET (G.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAITRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.
Anatomie	CABROL (C.) COUINAUD (C.) OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) pr. s. ch. BUSSER (F.) GOUYGOU (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Bactériologie	NÉVOT (A.) pr. s. ch. BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	DESGREZ (P.), pr. s. ch. POLONOSKI (J.), m. conf.
Biologie appliquée à l'Éducation Physique et aux Sports	PLAS (F.)
Carcinologie	DENOIX (P.) MATHE (G.)
Dermato-Syphiligraphie	DUPERRAT (B.)
Electro-Radiologie	LEDOUX-LEBARD (G.)
Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.), pr. s. ch.
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.)
Histologie	COUJARD (R.) pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)
Hydrologie	CORNET (A).
Hygiène	BOYER (J.), pr. s. ch. CORRE-HURST (Mme L.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.) DUPONT (V.)
Médecine légale	DERIBERT (L.), pr. s. ch. HADENGUE (A.) FOURNIER (E.) GUENIOT (M.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neurologie	LHERMITTE (F.)
Obstétrique	GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) THOYER-ROZAT (J.)
Ophtalmologie	BRÉGEAT (P.) SARAUX (H.)
Orthopédie	JUDET (R.) RAMADIER (J.)
Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.)
Parasitologie	BRUMPT (L.C.), pr. s. ch. CHABAUD (A.)
Pathologie chirurgicale	BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CAUCHOIX (J.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GERMAIN (A.) LAURENCE (G.) agr. pér. LORTAT-JACOB (J.-L.) LOYGUE (J.) MERCADIER PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale	CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LŒPER (J.) MAURICE (J.) RICHET (G.)
Pathologie médicale	AUSSANNAIRE (M BOUR (H.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISSAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CASTAIGNE (P.), m. conf. CATINAT (J.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) FREZAL (J.) HOUSSET (E.) LAROCHE (Cl.) LESOBRE (R.) MACREZ (C.) NICK (J.) PEQUIGNOT (H.) m. conf. ROYER (P.) WOLFROMM (R.)

	MM.
Pédiatrie-Puériculture	JOSEPH (R.) MANDE (R.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKI (C.) ROSSIER (A.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.) LECHAT (P.)
Physiologie	PARROT (J.), pr. s. ch. DEJOURS (P.)
Physique médicale	GOUGEROT (L.), m. conf. pr. s. ch. KELLERSHOHN
Pneumo phtisiologie	KREIS (B.)
Psychiatrie	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile	DUCHÉ (D.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)
Stomatologie	CERNÉA (P.) CHAPUT (Mme A.), m.c. agr GRELLET (M.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.) LAMOTTE (M.)
Urologie	QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

	MM.
Anatomie	DEBEYRE
Clinique chirurgicale	ABOULKER (P.) AMFLINE (A), pr. s. ch. HUGUIER (J.) OLIVIER (C.) PADOVANI (P.) POILLEUX (F.) ROUX (M.) VERNE (J.-M.)
Clinique médicale	BOUDIN (G.) CONTE (M.) DOMART (A.) PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.) TURIAF (J.)
Clinique obstétricale	GRASSET (J.) LEPAGE (F.) MAYER (M.) RAVINA (J.)
Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	MADURO (R.)
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)
Médecine légale	GAULTIER

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch
Biochimie médicale	ETTORI (J.) Pr. à t. pers.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Secrétaires	Mme BEURLAND (H.), Mlle CHAINTREUIL (G.), Mlle HURÉ (A.)
Conservateur en Chef	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P.), GOICHON (A-M.)
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles LAURENT (H.,), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considerées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mes Parents,

En témoignage de mon affection

A mon Frère,

Confraternellement.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41538125_0002

A mon Président de Thèse, Monsieur le Professeur DELAY,

qui me faites le très grand honneur
de présider œtte thèse,

Recevez, Monsieur le Professeur, ma très
respectueuse et profonde gratitude.

A Monsieur le Docteur VALLET,

Inspirateur de cette thèse dont les conseils éclairés m'aidèrent dans l'accomplissement de cette tâche, quoique n'étant pas votre interne j'ai pu apprécier votre proverbiale gentillesse et tout l'intérêt que vous portez aux jeunes que nous sommes pour nous promouvoir dans ce métier.

Recevez l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

TRAVAIL EFFECTUE DANS LE SERVICE DU DOCTEUR VALLET

H. PSYCHIATRIQUE D' ARMENTIERES

C H A P I T R E I

I - RAPPEL SUR LES TROUBLES DU LANGAGE DU SCHIZOPHRENE

" La pensée du D.P. manque de direction, elle n'est pas docile, le malade n'est pas le maître; il se laisse parler, plus qu' il ne parle. Il parle pour parler, le langage devient chez lui une fin et cesse d'être un moyen d'où extrême bizarrerie des réponses. Ton alambiqué et compliqué du langage. Idéation saugrenue, images métaphores, phrases rdondantes, poétiques, réflexions abstraites qui rompent le discours et l'émaillent d'incident plus ou moins inadéquats. Les calembours, les jeux de mots peuvent se rencontrer. Ils expriment la discordance, l'emploi des néologismes contribue à renforcer ces différents caractères". Ainsi s'exprimait Henri EY à l'une de ses conférences de Mars 1958. Et il est certain que les troubles de l'expression verbale et écrite du schizophrène sont une des raisons qui nous empêchent d'avoir avec ces malades cette communion de pensée que nous pouvons facilement avoir avec tout autre malade. Mais cette "incohérence verbale" nous empêche également de percer l'attitude du malade à l'égard de ses propres troubles.

L'étude de ces troubles de l'expression verbale et écrite du langage schizophrénique a été faite par un très grand nombre d'auteurs cherchant qui a pousser l'analyse structurale de l'expression verbale et écrite (la syntaxe, l'agencement des propositions, la nature des mots utilisés, le vocabulaire, le style); d'autres ont étudié la dynamique de l'expression, sous l'angle formel, la façon de s'exprimer (le ton, les

inflexions des voix, le rythme des phrases) et la façon d'écrire (graphométrie, la façon dont le texte est disposé sur le papier, les productions parasites).

D'autres auteurs se sont surtout penchés sur le contenu de l'expression verbale du schizophrène. Les paroles et les écrits de ce malade avaient-ils un sens ? Ne pouvait-on pas possédant la clé de ce langage même à première vue inaccessible, arriver quand même à le pénétrer. De nombreuses discussions en furent le corollaire, opposant la notion d'incohérence à la notion d'incompréhensibilité.

Enfin se rapprochant de ces dernières études, d'autres études cherchaient à établir les correspondances entre les troubles du langage parlé et écrit du schizophrène d'une part et les troubles profonds de la personnalité et de la pensée schizophrénique d'autre part. Mais dans ce dernier cas intervenaient les diverses considérations psychopathologiques de ces auteurs sur la maladie "schizophrène".

A.- APERCU HISTORIQUE

Sans vouloir passer en revue tout ce qui a été écrit et dit sur le langage schizophrénique, nous passerons en revue les quelques dates qu'il est nécessaire de rappeler car c'est à ces auteurs qu'est due l'introduction des diverses terminologies que nous employons.

C'est en 1863 que Brière de Boismont publiait un premier travail sur les Ecrits des Aliénés, puis c'est en 1890 l'une des premières études sur les troubles du langage des malades mentaux. "Monographie sur les néologismes des aliénés en rapport avec le délire chronique" par Tanzi.

Il s'agit d'une première tentative de classification de néologismes du malade mental, si cette étude n'intéresse que accessoirement le schizophrène, nous citons cet auteur car c'est à lui que l'on doit la notion de logolâtrie "culture des mots, considérés comme des objets sur lesquels peut s'exercer la toute puissance du sujet" (H. EY) si spécifique du schizophrène.

C'est en I892 que Seglas publiait "Troubles du langage des aliénés". Il divisait les troubles du langage en 3 parties :

- Troubles du langage parlé,
- Troubles du langage écrit,
- Troubles de l'expression dessinée.

Il divisait les troubles du langage parlé en :

a/ - Troubles du langage parlé dépendant directement des troubles intellectuels, la fonction du langage conservant son intégrité: ce sont les dyslogies parmi lesquelles il signalait notamment : le langage elliptique.

b/ - Troubles du langage parlé dépendant des troubles de la fonction du langage. Ce sont les dysphasies où il regroupe : aphasies, tr. organiques mais aussi des troubles fonctionnels tels que les amnésies verbales, les hallucinations verbales.
Signale les impulsions verbales (reprises par Bleuler en I9II).
La parole involontaire et inconsciente, enfin les onomatomanies.
Dans ces derniers troubles se trouvaient inclus notamment les quelques troubles du langage schizophrénique comme les verbigérations, les stéréotypies qui appartiennent au stade terminal de la maladie.

c/ - Troubles du langage parlé constitué par les troubles de la parole les dyslalies, qui sont proprement liées à la fonction de verbalisation, s'y rattachent des tics, les troubles moteurs de la prononciation.

Abordant les troubles du langage écrit, il leur donne la même division que pour le langage parlé.

Si nous développons tellement l'analyse de ce premier travail complet c'est que l'on peut dire que même actuellement, il fournit le cadre de toute analyse, des troubles du langage et que la division en dysphasie, dyslogie reste parfaitement valable et justifiée.

C'est également à cet auteur que nous devons la distinction en néologisme actif aboutissant d'une série de constructions logiques et d'un effort de conceptualisation et le néologisme passif de construction spontanée, d'entrainement par assonances de beaucoup plus superficiel que le précédent.

Le démembrement des troubles du langage se poursuit ; les travaux se multiplient.

Les dyslalies étudiées par Meringer et Mayer I898.

La glossolalie est introduite dans le vocabulaire psychiatrique par Flournoy en I900; vers cette même époque la séméiologie des troubles du langage du dément précoce se trouve enrichie des notions suivantes, la verbigération, la jargonophasie, le parler petit nègre, les néologismes, les stéréotypies verbales, l'écholalie et le mutisme sont largement décrits, notamment il faut citer (Sérieux).

Des I904 avec Freud, en même temps que se poursuivait par ailleurs l'analyse de l'expression verbale et écrite d'un point de vue formel, le problème des troubles du langage dans leur rapport avec l'éliénation mentale proprement dite se trouvait abordé.

Les premiers travaux sur les écrits des aliénés de Rogue de Fursac datent de I905. Rappelons que dans son livre, Ecrit des Aliénés, il avait décrit la Psychographie et opposait "Incohérence écrite dans l'écriture des mots, dans le groupement des mots, dans le groupement des phrases". Citons également cette même année Slansky et ses études de néologismes.

Les troubles de la phonétique chez le dément précoce sont repris en I907 par Mignot qui distingue dans l'analyse de ceux-ci des troubles de l'élocution, troubles de la rapidité du débit, trouble de l'intonation, troubles de l'articulation, troubles de la hauteur des sons.

C'est en I909 que Cotard décrit dans sa thèse - Le Psittacisme- .

Kraepelin (I9I0) dont on connait les travaux sur la démence précoce, introduit outre la notion d'agrammatisme, trouble de l'ordonnance verbale de la pensée qu'il distinguait de l'akataphasie "écart qui sépare

lediscours de l'intentionnalité idéïque, écart qui somme toute aboutie à un langage "discordant" entre son expression et son intention". (Ceci étant à rapprocher de la description de Burkhardt I933).
Surtout c'est à cet auteur que l'on est redevable de la notion de schizophasie "mot créé par Kraepelin pour désigner un état schizophrénique dans lequel le trouble du langage est un syptôme précurseur, dissociation entre la fonction du langage troublée et les autres fonctions psychiques peut ou pas modifiées" et qui est "incompréhensible pour l'auditeur bien qu'il se compose en général des mots de la langue habituelle du malade et de très peu ou pas de néologiqmes" (In Teulié A.M.P. La Schizophasie I93I).
Cette notion de schizophasie voit son sens élargi ultérieurement et précisés ses caractères évolutifs.
Vers la même époque Bleuler (I9II) décrit la Shimpfanfälle, accès de production d'injures et le Faxen syndrome, production de syllabes dépourvues de sens, ainsi que le paragrammatisme. La notion de schizographie était également précisée.
Pendant que Capgras (I9II) étudie les écrits des malades mentaux Chaslin (I9I2) décrit la folie discordante verbale qui se rapproche de la schizophasie et d'autre part la litanie déclamatoire du schizophrène. Enfin nous lui devons la notion de proverbiage.
Kleist (I9I3) introduit la notion de paralogie du schizophrène. Nous trouvons de multiples travaux à partir de cette date.
Guiraud (I9I4), Abély (I9I6) assimilent certains néologismes à des stéréotypies; Galant (I920), Quercy (I920-I922) introduisent la Notion d'écholalie hallucinatoire glossolalique.
En I925 Cenac distingue la glossomanie de la glossolalie.
" La glossomanie est une sorte de jeu verbal, formé de groupements syllabiques, généralement rythmés, assonancés où domine selon les cas tel ou tel nom principal, tout cela réuni sans règle grammaticale, ni signification psychique, qui n'est pas indépendante d'une certaine activité volontaire ...."
Rare dans la D.P. en dehors des formes paranoïdes et la glossolalie vraie....

" Il s'agit d'un effort logique coordonné, volontaire pour s'exprimer dans une langue spéciale dont la raison affective doit être cherchée dans le besoin de compensation chez des individus atteints de dissociation à type schizomaniaque ou schizophrénique" H. Claude. Troubles du langage dans la D.P. et Syndrome de Ganser. Concours médical I929.
Schneider (I926), surtout les travaux de Pfersdorff à partir de I927 date où sont publiés les premiers articles de l'Ecole de Strasbourg sur la schizophasie,contribuent à l'élargissement de la notion de schizophasie au sens Kraepelien. Il devait surtout introduire la notion de l'interprétation philologique.
"Recherche consciente du caractère purement verbal du mot saisi dans la conversation avec interprétation et critiqué tout haut formulées de ses éléments constitutifs".
Teulié en I927 publie sa thèse sur les rapports des néologismes et des idées délirantes. Cet auteur devait ultérieurement reprendre en I93I à la suite de Pfersdorff la notion de schizophasie qui désigne pour lui le langage pathologique du schizophrène. Une autre notion est introduite, c'est l'évolution des troubles du langage, d'abord simple maniérisme verbal , il devient pseudo-incohérent puis incohérence vraie au . stade ultime; enfin schizophasie précède schizographie.
Claude (I929) discussions sur les rapports entre troubles du langage schizophrénique et les aphasies.
Forster I930, Pottiér I930 publie sa thèse sur les délires para noïdes, ce dernier auteur contribua avec Schneider, Pressing et Galant à individualiser les éléments des troubles du langage propre à la démence paranoïde.
(Paragrammatisme, style schizophrénique, schizophasie, glossolalies).
Grühle I932 précise la notion de confusion mentale apparente, car en effet ce qui domine tous les travaux ultérieurs ce n'est plus tellement l'analyse de la structure du langage du schizophrène pris en lui-même , mais davantage d'une tentative d'interprétation de sa signification.

Notons en I93I, les travaux de Lévi-Valensi, Rigault et Lacan sur la schizographie.

Ce premier auteur devait notamment préciser le non parallélisme des troubles du type schizophrénique et schizographique, chacun pouvant évoluer pour son propre compte, notamment :
La schizographie peut précéder la schizophasie: Hamburger (I933) étudie également les écrits.
Burkhardt en I933 précise que le décalage de l'expression parlée du langage du schizophrène peut se faire sur la substitution d'un seul mot, à rapprocher de ce que l'on a dit pour Kraepelin.
C'est à partir de I935 Delmond après Teulié a contribué également à élargir la notion de schizophasie à tout trouble du langage schizophrène mais surtout insiste sur le caractère symbolique, la richesse en images, les métaphores du langage schizophrénique, langage qu'il faut savoir pénétrer.
Divry (I936) insiste sur le caractère ludique de certains troubles du langage schizophrénique.
Fretet et Petit (I937), Muncie (I937) insistent sur l'importance des métaphores dans le langage schizophrène. Stegel et Otaya Niyagi par leurs études sur le néologismes dans les états hypnagogiques contribuent à rapprocher le langage schizophrène de certains états oniroïdes.
Lebedinski, Tatarenko (I938) montrent que les substitutions de mots faits par le schizophrène étaient sémantiques et non phonétiques, citons Newman et Matler (I938) puis Woods (I938) qui précise le caractère égocentrique du langage schizophréne, Latapie -(I938).
Sulliven (en I940-I944) introduit la notion de distorsion parataxique, du langage du schizophrène. Le mot ne sert plus de moyen de communication, du moins au sens strict mais a une valeur abstraite propre.
Balken et Masserman (I940-I943) Pages et Sivadon en I942, Lorems (I943) reprend une étude du style schizophrénique. Whiteborn et G.K. Zipf (I943) montrent que le langage schizophrénique se rapproche par son vocabulaire quantitativement de celui des enfants.
Abély et Leroy (I944) décrivent les formes intermédiaires entre la glossolalie et la glossomanie. Lewinson (I944); surtout les travaux de Bobon (I947-I952), cet auteur étudie très largement le langage schizophrénique. Comme tous les contemporains, il insiste sur la valeur

symbolique du langage schizophasique, surtout il a introduit la notion de schizoparalexie et la schizoparagraphie qui sont caractérisées par le fait que les malades, de façon apparemment ludique introduisent des lettres parasites dans le corps des mots qu'ils lisent ou écrivent sous la dictée. Tous ces troubles se rattachent aux pseudo-glossolalies.
Burstin (I948) rapproche surtout les altérations du langage des malades mentaux des altérations spontanées existant dans le langage courant.
Goodstein (I95I) dont les travaux s'inscrivent dans le cadre de l'interprétation du contenu du langage schizophrénique et dans cette optique on a pu rapprocher les métaphores existantes dans ce dernier d'un véritable délire. Enfin Bobon (I952) a repris la verbigération du schizophrène pour l'opposer à ce qui ne l'est pas. E. de Rougeaumont (I950). Borison (I953), le maniérisme autistique.
Vrono (I957) insiste sur le caractère évolutif du langage schizophrénique, aboutissant soit à schizoplasie, soit à incohérence verbale.
Piro (I958) l'important monographie sur la sémantique du langage schizophrénique.

Cet assez long aperçu des divers travaux qui ont émaillé la très longue histoire des troubles du langage des schizophrènes montre combien sont nombreux ces troubles, combien est riche la séméiologie aussi bien dans ce qui concerne la séméiologie structurale de ce langage étudié surtout par les premiers auteurs et la séméiologie du contenu et du signifiánt de ce langage sur laquelle porte plus spécialement les travaux des auteurs actuels. Quels sont donc, vu maintenant d'une façon synthétique les troubles de ce langage.

B. - LES TROUBLES DU LANGAGE PARLE ET ECRIT DU SCHIZOPHRENE

Nous ferons une étude commune à ces deux types d'expression, car en fait par leur contenu et par leurs altérations il y a parallélisme entre les altérations des deux types de langage.

1/ - Les troubles grammaticaux et syntaxiques:

Outre les banales fautes d'orthographe et de règle grammaticale non significatives, les utilisations préférentielles de tel ou tel mot; la suppression d'autres mots pouvant aboutir au classique style télégraphique ou à la substantivation.

Les troubles de la construction des propositions, les inversions fréquentes, les ellipses portant sur un mot ou un membre de phrase.

Ailleurs les propositions sont simplement juxtaposées sans lien logique. On doit rappeler combien le schizophrène est davantage sensible au contenu affectif de ce qu'il exprime qu'à la façon dont il l'exprime.

2/ - Les altérations phonétiques des mots :

"Télescopage des syllabes, ante et post-position d'une partie du mot, contaminations, substitutions, redoublement des voyelles initiales, inversions, éllisions, désinences répétées etc.... sont les plus typiques de ces mutilations et déformations du matériel linguistique". H. EY

C'est dans ce cadre que s'inscrivent les embolalies, les schizoparagraphies et schizoparalexies.

3/ - Les altérations du sens des mots :

Les paralogismes où les mots habituels seront utilisés de façon détournée du sens courant, utilisés à la façon d'un néologisme ou d'une métaphore.

4/ - Les créations verbales ou écrites :

Les néologismes peu fréquents chez les schizophrènes, en fait ce sont souvent plus des néologismes images, souvent de type passif selon la terminologie de Seglas.

5/ - Les altérations de la fonction globale du langage :

Richesse en métaphores, images symboliques, hermétismes pouvant réaliser des troubles extrêmement variés allant du maniérisme verbal simple à la schizophasie, voire l'incohérence totale, avec le trouble correspondant de l'écriture: la schizographie.

C'est aussi dans ce cadre qu'il faut placer la confusion verbale apparente, les glossomanies et les glossolalies dans lesquelles même la structure grammaticale des phrase est perturbée, les langages néologiques, témoignant d'une altération encore plus poussée de l'expression verbale et écrite. Nous avons encore les séries de mots assonancées, le psittacisme, les stéréotypies verbales et écrites pouvant envahir tout le domaine du langage et de la parole de ce malades, voire les onomatomanies et enfin la verbigération, répétition anarchique de mots dénués de sens, enhhainés en forme de discours, pouvant aboutir à la litanie déclamatoire de Chaslin.

Troubles multiples, variés allant de la simple originalité d' un langage à une incohérence et un incompréhensibilité totale de ce langage, si bien qu'il n'est pas exagéré de dire comme le fait Balvet dans sa thèse: "Nous sommes convaincus avec Blondel de l'impénétrabilité de l'esprit schizophrénique par nos représentations d'hommes normaux... plus loin il déclare : "Si l'on pousse un sujet (schizophrène) à traduire en paroles sont état psychiatrique on se heurte à des paradoxes".. "Ils ont un état d'âme voisin du sentiment de dépersonnalisation (nous dirions de discordance) et peut être confondu avec lui" "est présent chez la plupart des délirants schizophréniques: soit à la période prédélirante engendrant le délire et se perdant en lui..." mais continue-t-il "Il ne faut pas espérer obtenir de ces malades aucun exposé de leur état d'âme considéré comme tel . Cela ne les intéresse pas l'introspection n'est pas leur fort"... (très souvent le malade exprimera ses troubles d'une façon imagée, par images analogiques ... rarement il le verbalisera en concepts immédiatement intelligibles... Il nous fournit une image qui traduitson trouble: il nous suggère de la ressentir comme lui".

Quoique l'on puisse actuellement juger que les termes de cet auteur peut-être un peu durs et si certaines notions d'état d'âme paraissent désuètes, il n'en formule pas moins de façon claire le sentiment qu'éprouve le médecin se trouvant devant un schizophrène et n'ayant pour l'aborder comme seule arme ses propres moyens de conceptualisation, sa logique, et son langage. La complexité et l'abondance des perturbations de ce langage font qu'il est nécessaire de passer en quelque sorte par un interpréte ou un traducteur qui puisse exprimer en langgge courant le contenu de ce que veut nous transmettre le malade. Et on connait les multiples difficultés qu'il y a à trouver la signification de telle ou telle image que nous fournit le malade. Ce ne sont que de très longs entretiens pendant des semaines parfois qui arrivent à découvrir la clé d'un symbole et ce n'est que progressivement par une approche à tâtons que l'on peut percer la valeur significative; parfois le malade finit par révéler de lui-même la valeur symbolique sous une forme conceptualisée. Ailleurs le symbole sera rendu transparent par la juxtaposition d'autres symboles et c'est nous-mêmes qui effectuerons la conceptualisation de ce qu'exprime le malade.

Et encore ceci ne peut être valable que si le schizophrène n'est pas d'un Q.I. trop bas, s'il n'a pas été trop altéré par son séjour à l'hôpital psychiatrique, s'il ne s'agit pas d'une forme fixée, d'une démence à son terme. Si bien que et c'est l'intérêt, des malades que nous présentons, il est rare que soient réunies les conditions d'un bon Q.I. d'une schizophrénie relativement légère permettant au malade de verbaliser ses troubles de façon parfaitement conceptualisée et immédiatement intelligible, nous permettant comme chez notre malade une expression verbale pure d'une ambivalence.

CHAPITRE II

ETUDE DE NOTRE CAS CLINIQUE

Nous rapporterons l'observation d'un schizophrène d'un Q.I. relativement élevé, il a fait des études secondaires jusqu'à l'âge de I5 ans; il s'agit d'une schizophrénie légère sans trop grande détérioration mentale présentant par ailleurs une grande facilité de contact avec le monde extérieur, contemporain d'une phase d'excitation qui a pu faire discuter le diagnostic d'hypomanie.

Ce malade présente une conceptualisation de son ambivalence qui est rarement réalisée d'une façon aussi nette et aussi explicite. Elle est immédiatement intelligible.

Il s'agit d'une observation privilégiée. Une telle concrétisation de sa dissociation est rarement signalée dans la littérature médicale. Nous pouvons cependant rapprocher de cette observation celle de Mme E. Kameneva (A.M.P. I935).

Dans ces 2 observations se pose le problème de la conscience du moi par le schizophrène, conscience de son moi dissocié. La conceptualisation telle qu'elle est réalisée chez ces 2 malades implique obligatoirement un certain degré de prise de conscience, même si le malade ne s'y attache pas affectivement (justement parce que schizophrène). Mais si la prise de conscience est possible, elle n'implique pas autocritique. C'est ainsi que nous le verrons, nous exprimer simultanément son ambivalence, et être au même instant ambivalent. On peut même prévoir que dans la mesure où le malade reste détaché de sa propre ambivalence tout au moins affectivement, il y a toute raison de penser que le malade aura moins de chances de pouvoir arriver seul à se critiquer.

Ce n'est pas là l'objet de ce travail, mais devant la qualité de la conceptualisation des troubles de notre malade cette question se posait d'elle-même.

Présentation du Malade.

Malade âgé de 30 ans. Arrivé récemment dans l'agglomération Lilloise, dans l'idée de trouver du travail (?) après avoir quitté son poste de Chef de Distribution aux Halles centrales de Paris, poste qu'il occupait depuis 2 ans. Logeant à l'hôtel, il va se livrer à une activité exubérante, désordonnée, le conduisant à dilapider en moins de 4 jours près de 80.000 F. toute sa fortune.

A la suite d'un cauchemar qu'il qualifiera de "Prémonitoire", il se présentera spontanément au Service de Neuro-psychiatrie de la Cité Hospitalière réclamant son hospitalisation et précisant son désir de recevoir une cure de Sakel.

Après un court séjour à la Cité Hospitalière où on pratiqua une série d'examen: examen psychologique, E.E.G., etc... On précisa l'histoire déjà ancienne de la maladie et finalement conformément aux désirs du malade il sera transféré dans le Service du Dr Vallet pour subir une cure de Sakel. Le diagnostic porté à la Cité étant "schizophrénie ancienne".

C'est ainsi que nous fumes amenés à voir le malade. Malade d'allure fringante, bien vêtu, propre, à la moustache soignée et bien entretenue. Ses manières sont franches, sans aucune retenue. Il entre spontanément dans le bureau, de façon résolue; cependant assez souvent aux entretiens successifs il s'y mêlera une manière de jeu. C'est ainsi que à chacune de nos arrivées, s'il s'avérait que le bureau était occupé par un infirmier, il prenait plaisir à nous devancer pour - se sachant couvert par notre venue - s'occuper de l'expulsion quasi manu militari de l'infirmier.

Entré dans le bureau, il se calait toujours d'une façon semblable sur son fauteuil, coudes appuyés sur la table, sans jamais varier son attitude. Le contact est aisé, facile. Le malade est loquace, eupho-

rique, apparemment satisfait de son sort , cherchant à plaire, à se faire bien voir, surtout à paraître plus qu'il n'est en vérité. Il vérifie si la porte est fermée. Refuse au début la présence d'un infirmier dont la présence arrêtait le fil de ses discours. Souvent castique, agressif, tendance aux calembours. "Il y a des moustaches que j'aimerais couper. Notez bien que ce ne sont pas les vôtres...."

Curieux, il surveille nos écrits, relit ce que nous avons noté, argumente les notes prises.

" Avec un tel papier dans votre poche vous pourriez être pris pour un fou..." Il devait d'ailleurs nous en dicter une partie mot à mot.

Préoccupé de sa maladie il pose diversesquestions la concernant ainsi que sur les traitements appliqués.

Mais toutes les questions qu'il pose sur sa maladie ne paraissent avoir d'intérêt que pour son instruction personnelle. Il s'agit d'une information concernant une chose qui ne le concerne pas. Il s'agit d'une curiosité à froid.

Objectivement on pouvait noter :
quelques paramimies, une fixation spasmodique d'une paupière, rires discordants, quelques bruits stéréotypés d'ordre respiratoire; opposition, réticence, quelques réponses à côté, ambivalence, c'est ainsi que nous le verrons nous couvrir de sarcasmes en même temps qu'il nous offrait une orange.

Discordances d'attitude et émotionnelle.

Très souvent il interrompt l'entretien par un acte moteur de nature variable d'allure impulsive; c'est ainsi que nous le voyons un jour s'emparer d'une boite d'allumettes se trouvant sur la table et s'enfuir par la porte.

Activité ludique, ironie facile, maniérisme... Il joue au petit caïd, dont il adopte le roulement d'épaules et la marche déhanchée, théâtralisme. Aggressivité , sarcasmes, calembours pauvres, puérilité, infantilisme. Impudeur, absence de sens moral.

Jamais tout au long des entretiens que nous avons eus il ne

manifestera la moindre émotion; son inaffectivité est totale. Désintérêt de son état pathologique guérira-t-il ? Il s'en moque,désinséré dans le temps et détaché du réel, il vit strictement dans l'instant; aller à la télévision, au cinéma centrent tous ses soucis. Apragmatisme total.

A noter également l'attention fugace, toute conversation aboutit immanquablement à une suite de paroles divergente, difluente sans rapport avec le thème initial. Propos de contenu abstrait, pseudo scientifique ou "philosophique".

Dans le service :

Passivité vis à vis de sa situation: "je barbotte, je me laisse vivre, je suis le mouvement".

Tout son activité se réduisant en une activité verbale incessante, harassante, épuisante. Il s'accroche à tout le monde, imposant sa présence à tous, exposant ses théories, ses points de vue à tous entraînant les malades dans d'interminables discussions et ce malgré une cure de Sakel en cours et 300 mg de Largactil.

Recherche affective.

Quelques impulsions motrices avec projections d'objets divers.

Désir de se faire bien voir et auto-valorisation.

La seule fois où il parlera de son avenir se sera pour déclarer qu'il veut partir en Angleterre vivre au bord de laTamise...

S'il ne semble pas qu'il y ait de doute sur la nature de la maladie, s'il s'agit d'un schizophrène et d'un vieux schizophrène puisque comme son histoire nous le montrera, cet état évolue depuis près de 9 ans (certificat d'entrée), mais il s'agit d'une forme légère ayant peu mordu en profondeur. Ce qui retient l'attention et fait la particularité de ce malade, c'est la qualité et la clarté d'expression de ses propres troubles, notamment de sa dissociation. Celle-ci va se trouver exprimée de deux façons, d'une part verbalement lors de nos entretiens successifs que nous rapporterons ici reproduisant sans aucune modification les paroles du malade, une partie ayant été dictée par le malade et d'autre part la production écrite de ce malade, produc-

tion spontanée et non influencée de ce fait par l'examen.

I. - EXPRESSION VERBALE DE SA DISSOCIATION

a/ - Les données des entretiens successifs :

Le 22/I, à son entrée, il nous déclare :
"Je suis comme un autorail qui aurait 2 conducteurs qui ne sauraient pas ce que fait l'autre .... Il arrive qu'ils mettent en marche l'autorail en sens inverse...."
Objectivement son ambivalence était facile à mettre en évidence quand simultanément il nous affirmait être un raté et un type supérieurement intelligent, prendre plaisir à être sadique et en souffrir; être un monstre et un type bien.

Le 23/I :
"Je ne suis pas sous l'influence extérieure"
Q. Ca se ressent comment en vous ?
R. Comme une espèce de déchirement.
Q. Déchirement physique ?
R. Non moral comme s'il y avait 2 moi, un peu comme si le subconscient prenait le dessus sur le conscient.
Q Vous avec deux parties, quest-ce que c'est ?
R. C'est-à-dire le côté gauche et le côté droit. Il y a une partie gauche qui me dit de faite quelque chose et la partie droite me refuse de faire ce que me dit la partie gauche".

Remarquons les divers aspects de l'expression verbale, du trouble profond de la personnalité de ce malade. La première est encore une image métaphorique. Les deux dernières témoignent déjà d'une conceptualisation plus poussée. En fait cela témoigne comme le malade nous l'expliquera d'une véritable technique d'expression verbale.

Le malade précise l'existence d'impulsion: "des fois on me demande de faire des choses que je ne veux pas faire.
Q. des gestes absurdes ?

R. Oui, crier, danser sur place, hurler... Mais je ne les fais pas, je me rends compte que ne suis pas conscient."

Le 4/3 :

"Je suis malade, car (quand) il y a eu accident ou incidents, mais les troubles ne viennent pas de l'extérieur (mais de moi:) mais je ne suis pas un aliéné car je sais mettre une barrière entre le moi et le non moi.

Q. Comment ?

R. En ne pensant plus.

Q. Y arrivez-vous toujours ?

R. Le subconscient veut et moi je ne veux pas.... d'où lutte ...
Il en résulte perte d'appétit, ennui, céphalées...

Le malade nous expliquera que le non moi n'est qu'une expression verbale pour désigner son "subconscient". Retenons la notion de lutte entre le subconscient et le moi. Mais ce fait est exprimé d'une façon inaffective. On a d'ailleurs l'impression que cette prise de conscience de la lutte résulta d'une analyse de soi faite à froid, beaucoup plus que cela ne traduit l'existence d'un conflit vécu par le malade. La lutte n'est pas comme ressentie, mais c'est plutôt les conséquences de celle-ci qui lui font logiquement remonter à la lutte qui les a provoquées.

Le 5/3 :

Après nous avoir déclaré :

"Un schizophrène est quelqu'un qui vit replié sur lui-même, mais tout homme est replié.... un vieillard qui retourne sur lui-même se replie il est schizophrène; d'ailleurs on distingue deux types de schizophrènes:

- les schizos-passifs : ceux qu'il faut pousser pour les mettre au travail, on peut en faire ce que l'on veut,
- les schizos-actifs: ceux qui résistent aux ordres, qui refusent de faire ce que l'on dit.

Q. comment avez-vous eu ces connaissances sur les maladies mentales?

R. Je me suis demandé ce que c'était que ces gens qui tournaient en rond.

Quoiqu'il semble bien que ces notions viennent surtout de ses lectures de journaux plus ou moins scientifiques, Science et Vie peut être de quelques cours d'infirmier qu'il a pu récupérer par ci par là, lors de ses hospitalisations successives, du moins pour la terminologie utilisée. Mais on peut cependant se demander s'il ne s'agit pas là d'une expression mineure de son ambivalence, cette opposition de schizo étant de nature purement projective.

Le même jour, il nous déclare :

Entre le subconscient et le conscient il y a un abime que je voudrais que l'on rapproche.

Il y a une cassure au moment de me servir de mon intellect.

Le 23/3 :

Il continue à nous développer et à préciser son auto-analyse: "la principale pièce que j'ai écrite "Le soldat" parlait du non moi, c'est d'ailleurs peut être le non moi qui me pousse à écrire.

Contradictoirement il déclarera :

C'est ou bien l'un ou bien l'autre (qui se trouve en moi)

Q. Comment passez-vous du moi au non moi ?

R. Je ne peux le contrôler; cela vient à l'improviste. Le non moi ressemble à un monstre, le non moi c'est le moi au travers les copains. (Le non moi).... c'est comme si je projetais le psychisme sur les autres.

Q. Que voulez-vous dire par là ?

R. Quand je rêve de mes copains, je les revêts de mes défauts (ce) qui leur donne des visages, puis réenchainant sur le non moi : "Je crains que le non moi prenne une emprise telle que je ne puisse rien faire . D'ailleurs quand j'écris une pièce, c'est moi qui écrit, mais la partie psychologique.... (de la pièce de théâtre), c'est le non moi.

Le non moi n'est pas de chair humaine, il double toutes mes pensées, c'est la même pensée en opposé ou en défaut".

Q. par exemple ?

R. Je me vois riche, puissant etc... et en même temps je me vois un monstre, une bestiole.

Je rêve que je suis bon et je me vois méchant aimant torturer les animaux .

Notons dans cet exemple précis une analyse rarement aussi bien expliquée, on pourrait presque la dire tirée d'un ouvrage de psychiatrie destiné à l'illustration de la notion d'ambivalence, contrastant avec un fragment de phrase complètement ininterprétable et incompréhensible "Le non moi c'est comme si je projetais le psychisme sur les autres..." Il y a à la fois conceptualisation de son ambivalence parfaite, et incohérence verbale - dès qu'on le presse de préciser ce qu'est le non moi - il faut rapprocher ce fait de ses écrits philosophiques, où le résultat de ses réflexions sur l'ambivalence est tout aussi incompréhensible.

"Je peux rêver selon les circonstances à volonté ou après un film. Mêlé à l'action je suis dans un fauteuil et c'est mon non moi qui joue comme dans un film en relief à 4 dimensions.... en noir et blanc....

Il s'agit là d'un exemple de disgression spontanée du malade. Interrogeant le malade sur la façon dont il était arrivé à ce degré d'analyse personnelle:

"Depuis 7, 8 ans je pratique l'introspection. Je réfléchis sur moi-même... Je faisais de la philosophie analytique... sur moi". Il aurait d'ailleurs lu Freud-Young. Les procédés de la psychanalyse et les rêves. En fait quand on l'interroge de plus près, il semble qu'il les ait tout au plus parcourus superficiellement. Se trompe dans las titres des livres lus.

"J'ai voulu vérifier sur moi-même les lectures.... Je procédais l'introspection personnelle selon les procédés décrits..."

Q. Qu'est-ce que la philosophie analytique ?

R. C est l'étude du mécanisme éclectique.

Aussitôt il nous précisera l'origine de ce dernier mot: Electique d'Ecclesia... puis devant notre surprise... enfin je le saurais demain ou après demain..." Revenant sur les disgressions de la veille, il nous déclare :

" Le non être = le subconscient se manifeste en moi, il faut savoir l'endiguer en pensant à autre chose , en écrivant... Si on ne l'endigue pas, il arrive une cassure... le non-être déborde... il relâche tout ce que l'on a essayé d'endiguer.
"C'est une lutte de conscience... mais ces 2 êtres sont solidaires. Il y a une bagarre d'où résulte : maux de tête affreux; dégoût de la vie... brisé moulu (j'en vois tant).
"J'ai l'impression que tout se tord à l'intérieur, que tout se tord depuis la plante des pieds jusqu'à la racine des cheveux".
ce qui traduit bien la difficulté de choix entre deux sentiments, deux actions opposées si classiques du schizophrène .

Une autre fois il devait nous déclarer :
" Je m'analyse à l'emporte pièce, c'est ce qui me fait peur...

Jusqu'à présent nous n'avons vu que l'un des aspects du malade, celui qui est le plus directement accessible, car il n'est pas même besoin que nous fournissions de longs commentaires sur le contenu tant il est immédiatement compréhensible. Le malade décrit aussi bien que nous son ambivalence. L'analyse de ses propos nous montrera que à quelques erreurs de syntaxe, quelques fautes de français, quelques alitérations, son langage n'est pas en soi pathologique, une paralogie.

Ce malade présente une production verbale extraordinairement riche, avec une tendance aux disgressions spontanées, qui constituent l'expression d'un véritable rationalisme morbide, dont voici un exemple :
" La philosophie c'est une philosophie assez spéciale.... j'ai inventé une nouvelle science, c'est l'étude intrinsèque des mots.. l'électronique, les sciences ça m'intéresse..."
Un jour nous le trouverons en train de démontrer l'inexactitude de la géométrie d'Euclide, qu'il a trouvée seul.

Depuis sa maladie :
" J'aime à résoudre des problèmes dont je n'aurais pas le pouvoir de résoudre antérieurement.
Problèmes de math etc... Il s'agit d'une science infuse.

Nous rapportons ici l'une de ces bouffées disgressives assez caractéristique.

Après nous avoir affirmé qu'il possède une science infuse.. "La vision para-parotidique: possibilité de prévoir les gestes... les Chinois d'ailleurs le connaissaient, les mandarins houton d'or etc ... non les gens du peuple.... La télévision est une vision para parotidique car on voit chez les gens , mais dans ce cas il s'agit d'une vision avec support matériel, mais il est des êtres supérieurs ayant un oeil de constitution particulière, ils ont deux nerfs optiques par oeil; de là à dire que les oiseaux migrateurs ont une vision paraparotidique cela ne m'étonnerait pas... J'ai l'impression que dans leur tête se déroule un film".
Q. Avez-vous chercher à le démontrer ?
R. Ce qui peut se démontrer, démontre-le, ce qui ne peut se démontrer, essaie de le démontrer quand même car on peut tout démontrer la quadrature du cercle doit pouvoir se démontrer. Il y a un truc on ne l'a pas démontré, d'ailleurs j'ai pu démontrer que toute la géométrie d'Euclide est fausse, car il n'y a que deux figures pures le cercle et le carré.
Q. D'où vient cette science ?
R. Il y a des êtres supérieurs qui ont la science infuse... d'ailleurs Rostand en a parlé (il s'agit d'un retour à la vision parotidique).
Q. Avez-vous cherché à le vérifier ?
R. Quand j'émets une théorie c'est que j'en ai la réponse. J'ai fait du calcul intégral , du calcul infinitésimal.
J'ai essayé de démontrer l'existence de Dieu... je veux aller au fin fond des choses.

Le malade parait soudain reprendre conscience et cessant ses disgressions :
"Je ne peux parler sans déporter sur la philosophie... qui m'apporte de m'évader des contingences de la vie humaine".

Revenant une autre fois avec le malade sur ce point précis de sa maladie, cette tendance à "la philosophie" qui n'est qu'un rationnalisme morbide, il nous commentera lui-même son expression verbale "Parler par image évite de froisser les gens et je le trouve plus pratique, d'ailleurs ce langage est l'un des plus anciens les Hindoustans, les Indiens parlent par images. Je parle par images, je fournis une image simple, si on ne la comprend pas je lui en substitue une autre... Ces images englobent tout, on peut plus facilement décrire quelqu'un par les images que par les simples mots. Les images sont une espèce de code, j'utilise des images-code, ainsi quand je parle à une femme enceinte, je dis "la terre portant des bourgeons" (en parlant d'elle). Comme cela elle ne se doute pas que je parle d'elle.
Q. Et votre langage intérieur ?
R. Avec moi je n'ai pas besoin d'images, puisque je comprends ce que je dis.
Q. Pourquoi l'utiliser avec les autres ?
R. Le parler est trop brutal.. Si je parle à quelqu'un franchement (c'est à dire avec des mots), cela va dégénérer automatiquement en philosophie car je vais (je dois aller) au fin fond des choses. Tandis qu'avec des images je peux m'arrêter quand je veux.. c'est une espèce de plaque protectrice."

Nous ne manquerons pas d'être frappé par l'aveu de l'existence d'un système d'autodéfense si clairement exprimé.

b/ - Analyse de la structure de son expression verbale :

En fait, il faut dissocier deux choses, d'une part l'étude de la façon dont il conceptualise sa discordance et d'autre part

ce qui se passe au moment des bouffées que l'on peut qualifier difficilement autrement que délirantes, bouffées qui témoignent de son rationnalisme morbide au cours desquelles nous rencontrons les divers éléments si classiques du langage schizophrénique. Encore faut-il noter que tant que dans nos conversations tant que nous ne l'aiguillons pas sur un thème prêtant à disgressions ou tant que ne s'introduit pas dans la conversation un mot sur lequel le malade puisse enchaîner et s'échapper, son langage reste relativement banal. Ce n'est que en pleine rationnalisation morbide que ces troubles de la structure du langage apparaissent.

C'est par ces derniers que nous commencerons :

Analyse des "bouffées" délirantes

A/ - Nous avons dit que certains thèmes prêtaient à disgressions. La science, les mathématiques, la philosophie (?) plus particuliere à ce malade, certains thèmes médicaux, sa maladie, les maladies mentales, la schizophrénie, les hallucinations.
Notons que habituellement ces sortes de disgressions sont pauvres quant à leur contenu et se terminent en fait par des pétitions de principe, comme lors de celle que nous avons rapportée plus haut, sur la vision paraparotidienne et qui se termine par la simple affirmation d'avoir essayé de démontrer l'existence de Dieu...
Nous nous contenterons d'une analyse sommaire de son contenu et de sa forme en nous bornant d'ailleurs à l'étude de celle que nous avons citée. Que trouvons-nous ?

1/ - Altérations grammaticales et syntaxiques;

Les propositions sont énoncées les unes après les autres sans lien logique et il est à noter la rareté d'utilisation des conjonctions. Les diverses phrases sont simplement juxtaposées par association d'idées.
" La vision paraparotidique évoque la télévision qui évoque ce que nous croyons être le don de voyance qui à son tour évoque les oiseaux migrateurs qui savent retrouver leur logis par la vue ...

Il s'agit d'une prolifération divergente, les thèmes successivement évoqués s'éloignant de plus en plus du point de départ, devenant en même temps plus abstraits, moins imagés.
Conservation de l'ordonnance temporo-spatiale des propositions et de leur coordinations.
Ellipse syntaxique comme celle séparant la phrase "Mais il est des êtres supérieurs.." et "de là à dire que les oiseaux migrateurs".
A noter les répétitions : démontrer.
On peut parler de schizophasie devant ces propos décousus et si avec la trame que fournit le malade on comprend chacune des propositions, on suit la façon dont chacune d'entre elle se relie à la précédente, mais c'est l'ensemble qui ne présente aucune signication. Ce qui est particulier c'est le caractère sectorisé de ce trouble. Le langage n'est pas envahi en totalité.

2/ - Pas d'altération de la fonction du langage

3/ - Les néologismes et paralogismes

Par contre ce qui frappe c'est l'existence de néologismes "vision paraparotidienne" crée sur place et formellement définit tout aussitôt.
Il faut distinguer le néologisme "paraparotidienne" dont il ne se préoccupe guère et la métaphore "vision paraparotidienne" que seule il définit : possibilité de prévoir les gestes, mais même cette définition se transforme, elle est déjà appliquée avec un tout autre sens à propos de la télévision et n'a que des rapports assez lointains avec les oiseaux.
En fait ce néologisme apparait beaucoup plus se rapprocher des néologismes passifs de Seglas, et seul l'énoncé du mot paraparotidien ne semble pas avoir de l'importance pour le malade.
Peut-être ne s'agit-il là que d'une simple expression d'un maniérisme verbal.
Enfin cet "oeil à 2 nerfs" Image ? Métaphore ? Sa signification nous échappe ainsi que l'identité de ces être si spéciaux.

Nous retrouverons d'autres paralogismes tels que la "sémantique" "la philosophie analytique" "l'analyse édectique" "la sémantique" Il nous faut signaler que ce malade a présenté une période pseudo-glossolalique durant laquelle il s'était amusé à ajouter à tous les mots à désinence "inesque".
"routinesque" "crapaudinesque" "grotinesque" etc...
Le caractère ludique est évident. Mais ce qui est à noter c'est l'utilisation que le malade fait de certains de ces mots crées par jeu comme néologismes.

Analyse des entretiens proprement dits :

B/ - Par contre plus délicate est l'analyse des entretiens que nous avons eus avec le malade.

1/ - Analyse syntaxique

En fait on ne peut pas dire qu'il y ait une particularité très importante à signaler quant à son expression verbale. Il y a certes des fautes de grammaire, des fautes de français, mais aucune n'est systématique, elles sont occasionnelles. Il n'y a rien de particulier à signaler quant à la construction des phrases. On ne remarque aucune altération systématique.

2/ - Fonction du langage

Aucune altération manifeste.

3/ - Les néologismes et les parologismes

Le malade emploie un certain nombre de néologismes et contrairement aux néologismes précédemment cités tel "paraparotidienne" les paralogismes: "la sémantique " du langage; sens différent de la science du même nom: "la philosophie analytique" sont des termes fixes, parfaitement ancrés. Ils sont passés dans le langage courant et il s'en sert toujours. On peut se demander dans quelle mesure ces mots ne sont pas comme il le définit lui-même une image code.

Mais à coté de ces paralogismes dont la nature saute aux yeux, le malade pour désigner tel ou tel de ses symptômes utilise son vocabulaire propre.

C'est ainsi que pour désigner son rationnalisme morbide, il l'appelle "la philosophie".

" Je ne peux pas parler sans déporter sur la philosophie qui m'apporte de m'évader des contingences de la vie humaine". Dès lors l'expression de "philosophie analytique" s'éclaire quand il dit "Je pratique de l'introspection; je réfléchis sur moi, je fais de la philosophie analytique",

Un autre terme utilisé par le malade, le néologisme: le non moi et un paralogisme le subconscient.

Notons que ces 2 termes ont largement la même signification et qu'il emploie indifféremment l'un ou l'autre avec la plus grande fréquence pour le non moi. La signification de ce non moi qui traduit par son opposition au moi l'ambivalence de ce malade: "Non moi qui n'est pas de chair humaine, double toute mes pensées... c'est la même Pensée en opposé ou en défaut". Tantôt employé seul le non moi exprime l'état dans lequel il se trouve au moment où entrainé par son rationnalisme morbide il "doit aller au fond des choses" dont "il craint qu'il ne prenne le dessus".

Parfois aussi c'est pour l'expression d'une dissociation qu' il l'utilise quand il déclare "entre le subconscient et le conscient autre expression du moi, il y a un abîme".

Mais ce qui est remarquable , c'est que si apparemment on peut avoir l'impression finalement que ce terme n'a pas une signification très fixe, il faut bien voir que le malade n'a pas à sa disposition un stock de termes psychologiques très fourni et que cette juxtaposition de signification n'existe que sur le papier un peu artificiellement, alors que nous -mêmes nous les avons recueillis en des périodes très différentes des entretiens, souvent très éloignées. Mais dans le cadre d'un entretien la signification du mot est bien univoque pour le malade. Bien plus cette variation de signification du terme non moi qu'il

peut donner, en fait traduit son état. Sa personnalité est dissociée : et selon les instants, l'un ou l'autre pôle pourra apparaitre prédominant alors qu'à un autre instant ces 2 pôles coexistent faisant parler d'ambivalence.

4/ - Les métaphores

Il est classique que le langage schizophrénique soit considéré comme riche en métaphores. Le malade lui-même nous signifie sa prédilection pour l'usage des images.

Mais en fait et pour ce qui est l'expression de son ambivalence en dehors de :
" Je suis comme un autorail qui aurait 2 conducteurs chacun d'entre eux qui ne saurait pas ce que fait l'autre... (à noter l'ellipse)
"La cassure" "l'abîme" qu'il y a en lui c'est peu et ne dépasse pas l'utilisation habituelle des images que nous pouvons faire nous mêmes dans toute conversation.

Comparaison des 2 analyses

C/ - Si à présent nous comparions les deux analyses, que peut-on conclure ? Finalement ce n'est pas tant dans la structure verbale ce n'est pas tant par la construction des phrases qu'ils diffèrent que par leur contenu.

Quand il expose la façon dont il ressent ses troubles, il cherche à nous fournir l'image la plus simple et la plus compréhensible pour nous. Il y a effort de conceptualisation et y arrive d'ailleurs parfaitement alors que au cours de ce que nous appelons ses bouffées disgressives, conséquence certes du rationnalisme morbide ou plutôt expression de ce dernier, le malade se laisse aller au libre déroulement de ses pensées, un peu à la manière du classique rêve éveillé et il le dit bien lui-même "Je pense rêver selon les circonstances, l'ambiance, etc..." et ses paroles ne font qu'exprimer cet état onirique.

Ce qu'il faut surtout retenir c'est que même clairement conceptualisé, son langage reste schizophrénique avec ses néologismes et ses paralogismes fixes, il reste métaphorique, mais les images en sont immédiatement perceptibles pour nous.

Les Ecrits du malade

Ils comprennent une pièce de théâtre complètement écrite et quelques écrits philosophiques. L'ébauche d'une autre pièce de théâtre

1/ - Les pièces de théâtre :

La première pièce de théâtre écrite en 1953-1954. Représentée sur la scène de l'hôpital psychiatrique de Privat. Le manuscrit ayant été égaré le malade nous en donna le sujet: rappelons que selon les dires du malade "c'est le non moi qui pousse à écrire et qu'elle traitait du non moi:

Le Soldat : la situation se passe dans le temps. Engagement d'un jeune pour la durée de la guerre, promu sergent, il s'en va sur les théâtres d'opérations, en ressort indemne et se croit un Dieu. Survient un homme petit de caractère et petit d'esprit qui lui dit "si tu es encore vivant c'est que nous t'avons couvert de nos corps". Il devient fou.

La scène suivante se passe dans un asile, une cour, un homme et plusieurs à côté de lui. L'homme a réussi à avoir un complet (sic) de Napoléon et harangue ses soldats et leur donne des titres de noblesse. Il meurt et on s'aperçoit que c'est un petit-fils réel d'une maitresse de Napoléon.

On est évidemment gêné devant ce texte, qui est du malade, on ne comprend pas le sens de cette pièce, absolue discordanse entre les 2 scènes citées. Si comme le dit le malade, cela représente son non moi, on ne peut que constater que son image ne nous est pas perceptible de façon immédiate. Seule la connaissance de l'histoire du malade, la connaissance de son ambivalence nous permet de soupçonner en quoi il y a ambivalence. En effet dans la mesure où cette pièce est auto-

projective (il a été engagé comme marin avec comme idée de faire la campagne d'Indochine) on retrouve bien cette opposition entre ce jeune homme simple soldat et Dieu mais non vraiment Dieu; vrai petit-fils d'une maitresse de Napoléon et faux Napoléon; à la fois fou et non véritablement fou. Il devait nous préciser qu'un gardien à la sortie déclare: on se doutait bien qu'il n'est pas fou. Si bien que le jugement du malade déclarant qu'il s'agit d'une représentation de son nom moi est exact, mais ne s'agit-il pas d'un jugement à postériori ?

En ne jugeant que sur ce texte qui résume la pièce écrite en 53, 54 on ne peut qu'être stupéfait par les progrès que le malade a fait depuis cette époque dans la conceptualisation de son ambivalence. L'ambivalence du malade s'y est parfaitement exprimé mais c'est à nous de la trouver alors que maintenant c'est le malade qui nous dit : Le non moi double toutes mes pensées.... c'est la même pensée en opposé ou en défaut....

Ne possédant pas le manuscrit de cette pièce, il ne nous est pas possible de faire l'analyse du texte.

Par contre, nous possédons sa 2° pièce de théâtre: en voie d'élaboration.

La deuxième pièce de théâtre qu'écrivit ce malade s'intitule: l'Homme qui tua son idéal

Voici la distribution que fournit le malade.

Principaux personnages évoluant de façon permanente :

1/ - Siriux chef de la répression des idées (c'est le rôle que le malade se réserverait)

2/ - Anté sa secrétaire

3/ - Couz, Voutz, et Furtz: gardes-chefs de section des répressions des idées.

Personnages du tribunal :

Burenz, Jansky, Luzzy, Cordensk, Niedsky plus 2 greffiers, un secrétaire et le jury (sic). Ces personnages représentent le Tribunal absolu.

Autres personnages plus ou moins evanescents: Segroog, personnage autour duquel gravit l'histoire.

Notons tout de suite les points fondamentaux: c'est qu'il s'agit là encore d'une autre forme de l'expression de son ambivalence. Mais contrairement à sa première pièce où ce n'est qu'à l'analyse que nous pouvions la retrouver, ici elle est plus criante.

Certes nous ne rapporterons pas toute la pièce mais n'en citerons que quelques passages à titre d'information ou de document. Car en fait elle ne possède pas du moins à notre sens de véritable qualité artistique, mais par contre la répartition des rôles et des personnages est tout à fait caractéristique.

Siriux c'est notre malade, il nous l'a dit. C'est ce rôle qu'il veut jouer.

L'autre personnage Segrocg que nous ne verrons jamais paraitre en scène qui est le porte-parole de "l'idée" et principal adversaire de Sirux, comment le définit-il ?

Ben Segrocg 65 Kgs, né le 22.I.I929, au lieudit ancienne Philadelphie Secteur AG

Profession : sans

Domicile : S D F

Or le 22 janvier I929 c'est bien là la date de naissance du malade il s'est doublement représenté dans cette pièce.

En fait ce personnage n'apparait pratiquement pas en scène on en parle tout le temps comme de l'ennemi représentant d'un Dieu que Siriux combat. Cependant à la 3° scène, Acte I, le malade juge préférable de confronter directement Siriux et ce Dieu (à noter une identité entre Dieu = Idée = Voix) "Si tu veux me voir regarde-toi dans une glace" dit la voix et nous retrouvons le thème de l'ambivalence dans cette scène que nous rapportons partiellement: ce dialogue entre lui et son image:

La voix : Je ne te reconnais ni ce droit, ni aux autres, ni à ton maître de t'appeler Excellence.

Puis après un bref interlude au cours duquel un certain dossier disparait :

Siriux : Qui es-tu ? Où es-tu?

La voix : Ici.

Siriux : A moi, au secours! Par Zonk qui nous gouverne que t'ai-je fait, que me reproches-tu? Ne t'avais-je pas élevé de spmptueux temples à ta gloire ?

La voix (froide et accusatrice)

Ce que je te reproche Siriux, eh bien je vais te le dire: c'est d'avoir tué sur terre l'âme et l'idéal des hommes.

Siriux (épouvanté hurle d'une voix démente)

Qui es-tu ?

La voix (calme)

Ta conscience, si tu en as une.

Siriux (suffocant)

Où es-tu ?

La voix (calme toujours)

Partout.

Siriux (déchirant son survêtement hurle)

Montre-toi devant moi si tu l'oses ! Tu as peur devant mes armes (il bout, écume de la bouche) tu es un lâche, lâche, lâche! (il donne des coups de botte partout et sort son "désintégrateur".

La voix (calme mais froide)

Si tu veux me voir regardes-toi dans la glace, quant à tes armes je ne m'en soucie comme une guigne et pour ce qui est de la lâcheté, j'ai des points à te rendre.

Qui suis-je ? Eh bien je suis celui que tu traques, persécutes, tortures.

Siriux (tremblant)

Mais alors tu es lui ?

La voix (se répercutant d'écho en écho, roulant jusqu'à prendre une amplification terrible)

Oui je suis celui qui est !

Siriux (intrigué est sur le point de chanceler)

Qui ?

La voix (terrible)

Dieu ou l'Idée.

Siriux s'effondre vaincu.

Une remarque : nombreux néologismes en fait assez peu interprétables dans le cadre de cette pièce, peut être simple introduction de ceux-ci par jeu: citons, le "désintégrateur", les "zlots" unité de temps, sans parler des noms des personnages.

Si nous admettons comme nous le pensons qu'il s'agit là de l'image du conflit que le ressent le malade on ne peut être touché par la qualité dramatique.

Les écrits philosophiques

En voici un extrait :

"Etre, définition: verbe passif, personnel possessif, se conjugue sous toutes les formes, ses satellites ou compléments directs sont alors ses attributs. Il indique que l'on existe soit dans l'abstrait soit dans le concret. Pourtant il existe mais là vient ce non-sens mais qu'il n'est pas dans le sens simple que le plus mortel des humains le conçoit.

Quand je dis par exemple que je suis fatigué, je suis né, ces deux phrases indiquent un fait ou un état d'où dépendent plusieurs facteurs qui en somme sont des dénominateurs communs celui d'être.

Pourtant il y a une différence de langage, on dit alors que l'on aborde la sémantique. Nous verrons plus loin ce que ce mot signifie. . . .

(Ce début n'est pas sans évoquer une interprétation philologique.)

Prenons l'exemple plus haut cité.....

Prenons maintenant un type caractéristique de ses "démonstrations" écrites:

"Un seul exemple va vous prouver le contraire, le phénix renait de ses cendres". Cette phrase démontre en quelque sorte un non axiome ou en

quelque-sorte une antithèse. J'ai démontré que pour naitre il faut sortir du néant ou si vous voulez que votre corps soit intimement lié avec le soufle,or le phénix ne peut renaitre de ses cendres car il n'a pas été réduit à néant du fait même qu'il reste quelque chose certes impalpable mais rest quand même, on dit qu'il y a transmutation".. (et non renaisssance)."

Tous ces textes manifestement incompréhensibles, les mots sont certes de la langue courante, la forme proposée est à peu près celle d'une démonstration, il y a des "or", des "car", mais jamais cependant n'apparait le "donc".

Notons la génèse du paralogisme. "La transmutation": puisqu'il a démontré que le phénix ne peut renaitre de ses cendres. Il ne s'agit pas là d'une renaissance mais d'une "transmutation". Car finalement ce qui centre la préoccupation du malade au cours de cette démonstration c'est bien le mot "renaitre" qu'il commente à vide. Il détruit "renaitre" et remplace par "transmutation".

Ce court extrait montre qu'il s'agit là d'un type tout à fait évocateur de schizographie du moins croyons-nous. Nous citerons encore quelques autres passages dès très longs écrits du malade (un plein cahier et son activité n'est pas tarie...) Nous y retrouverons toujours les mêmes caractéristiques structurales. Mais il nous semble intéressant de rapporter ceux de ces textes qui ont trait soit à sa maladie soit à son ambivalence et on ne saurait être frappé de la discordance entre ses écrits, où finalement c'est seulement la reconnaissance au passage de mots tels "shizophrénie" "aliénés" "non-être" qui permettent de supposer que c'est de celà qu'il parle, d'une part et d'autre part , le caractère accessible, simple, véritablement bien conceptualisé non seulement de l'expression verbale de son ambivalence, mais aussi dans une certaine mesure même , l'expression de son symbolisme, voire de son rationnalisme morbide qu'il appelle philosophie

De cause à effet

" Un dérèglement de la masse desdits éléments en occurence la masse gravitationnelle, l'on s'aperçoit d'une baisse de potentiel énergétique

engendrant un ralentissement des fonction morphologiques, biologiques et de la fonction de l'aura, de l'intellect voire même du subconscient. ... On assiste alors à des troubles physiques et physiologiques allant de la génignité à l'état endémique voire même la mort (le Soldat du Marathon). Ils se traduisent généralement par certains troubles caractérisés: lourdeurs, axalgie, perte d'appétit dégénérant pour finir en psychasténie et l'aliénation pure et simple. Du fait même que l'individu est un aliéné c'est que le non moi a pris le dussus sur le moi.." (et nous retrouvons la projection de l'expérience personnelle qu'il peut en avoir).

" Dès lors cet individu vivra donc dans un univers absurde (pour lui) et par l'intermédiaire de ses sens prendra des aspects purement démentiels car alors intervient un phénomène dit de "coopération" qui fait que pour suppléer à la carence de telle ou telle glande les uns et les autres s'aideront mutuellement en créant des sensations purement imaginatives d'où découleront un processus dit post-hypnotique qui se traduira par des obsessions des sens qui peuvent dégénérer en allucinations".

(On peut se demander si le malade n'utilise pas dans sa contraction écrite les concepts de moi et de non moi que comme matériel verbal au même titre que le reste de ses concepts pseudo-scientifiques) "que par ses exigences l'être développe en lui un complexe dit d'infériorité qui fait de lui un non être mais qui par un non-sens existe, on dit alors qu'il est axalgique, ou schizophrénique".

Toutes ces phrases ont un tour pseudo-philosophique, pseudo-scientifique mais le sens de toutes ces phrases, ces mots nous échappe.

A l'analyse que trouvons-nous ?

La disposition typographique rappelle un peu celle des livres de classe avec en-tête souligné placé dans la marge à gauche. Nombreux mots soulignés, les uns une fois, les autres deux fois. Parfois pour faire ressortir davantage tel passage du texte recourt il a des modifications de taille des lettres et du type d'écriture. A noter que si

le début est proprement écrit, presque sans rature, par la suite l'écriture devient plus relâchée, les lettres sont mal formées, inachevées. Enfin, sur certaines pages ne sont présentées que quelques lignes en tête de la page et le reste blanc donne l'impression d'inachèvé. La suite du texte est reprise à la page suivante. S'agit-il d'un artifice de présentation ou d'expression d'une dissociation? Le malade ne nous le précise pas.

a/ - La Syntaxe :

Les erreurs grammaticales foisonnent .

Opposer celles qui concernent les mots courants, où on a l'impression de lire un texte d'un enfant qui ne sait pas écrire. Ecriture d'illétré. Celles concernant les termes scientifiques habituellement écrits de façon phonétique :

Schysophrénie, psygasthénie, Hamelet, Ancéphal, allusination.

b/ - Les néologismes :

Ces derniers foisonnent. Nous pouvons énumérer "la sémantique" (en faitparalogisme") 'masse gravitationnelle" les processus "post-hypnotique".

Les gens sont à leur insu..... des "binaires".

L'origine de ce dernier est deux, bien entendu, n'est -cepas encore expression de son ambivalence.

"théorie du non A" les "théories non-aristotelicienne" "la défectibilité" "la mnemonitique percurssive" (c'est-à-dire la perception extra sensorielle) "axalgie". "don de prenomination" (probablement alitération et prémunition). Nous retrouvons également "la vision parotidique".

c/ - Le style :

Est un style pseudo-scientifique; les termes techniques philosophiques abondant. Les néologiqmes même gardent un parfum "scientiste". Mai si dans son ensemble la forme et la disposition typographique du texte y contribue (c'est une oeuvre qu'il veut philosophique). Son contenu nous est parfaitement inabordable. Si même sur un court fragment de texte le développement des idées peut paraitre relativement cohérent en fait il n'y a jamais de conclusions. Les idées se développent, se recoupent,

s'enchevêtrent et en fait n'exprime rien. Nous avons déjà signalé quelques éléments d'interprétation philologique.

d/ - Le contenu :

Si on essaie de voir de plus près le signifiant de ce texte on peut quand même s'aperçevoir du point de départ, ce qui démarré les écrits, c'est la double signification du mot "être" à la fois verbe et "être" le nom. Ce qui éclaire le contenu des premières pages, le mot être est un mot ambivalent, de même par opposition à être le malade parle de "naître".

"Etre" verbe passif. Il indique que "l'on existe soit dans l'abstrait soit dans le concret... et plus loin "Dieu être quintessent absolu, existe mais là vient ce non-sens, mais qu'il n'est pas dans le sens simple que le plus mortel des humains l'emploie" et partant de ce point nous le retrouvons plus loin racontant:"il y a des gens qui ne sont pas déréglés et qui gardent un semblant d'équilibre entre l'extérieur et l'intérieur" (la page 6) qui n'a plus aucun rapport avec le point de départ.

si nous suivons cependant l'évolution du mot être on le retrouve à la page 9, nanti d'une série de signification, le malade écrit :

Je suis indique que - je pense = j'agis

- je marche ...= je suis actionné par quelque chose

Le mot être est en train de devenir un mot-valise.

De même pour l'exemple de démonstration cité plus haut être et naitre s'oppose.(Naître = n'être)comme en moi s'oppose le non moi.

Il faut noter que pour ce malade être et naître possèdant une partie se prononçant de façon identique, ont une partie commune, l'être étant contenu dans naître, même si cela ne s'écrit pas pareil. Ce texte est construit sur l'interprétation philologique du mot être.

Que retenir de ces écrits pseudo-scientifiques? Dans leur expression c'est bien de la schizographie et l'abondance des néologismes ne doit pas nous étonnér. Mais même si son expression apparait très souvent incompréhensible, sans signification et ce ne sont pas les

néologismes qui gênant celle-ci. En fait on s'aperçoit là encore à l'arrière-plan se profile la préoccupation fondamentale du malade, cette prise de conscience diffuse de sa dissociation.
On peut sans doute considérer ces écrits comme une réflexion du malade sur la notion d'ambivalence du mêt être.

Histoire de la maladie du malade

D/ - Entre dans le service du Docteur VALLET le 2I Janvier I960 à l'âge de 30 ans.

Enfant abandonné par ses parents sur les marches d'une église de St Cloud à l'âge de quelques mois; aucun renseignement concernant ces derniers ne peut être retrouvé.

L'enfant fut recueilli et adopté par une famille juive d'origine Son père chef d'orchestre à la R.T.F.; sa mère adoptive était I° violon dans l'orchestre de son mari

Milieu hautement artistique et d'un niveau intellectuel très élevé, mais milieu qui s'avéra être assez particulier de ce fait même. "Pour mon père la seule chose qui comptait était la musique Je n'étais pour lui que comme un animal qu'on attire, que l'on caresse puis que l'on rejette".

Il apparait très rigide, distant. La moindre déviation de "l'ordre moral" était sévèrement sanctionné, grand amateur de débats philosophiques.

Quant à la mère elle apparait comme une nature particulièrement fantasque. "Elle semblait constamment jouer une éternelle pièce de théâtre", même dans les faits les plus courants de la vie quotidienne. Cérémonial spécial pour le lever, pour les repas et pour le coucher: musique adaptée à chacun de ces actes. Quant à l'enfant: "J'étais un accessoire dans le décor".

Ses parents s'attacheront à lui donner une éducation parfaite, tout à fait à la page et adaptée à ce milieu.

Envoyé à l'école dès l'âge de 6 ans, puis il sera placé dans une école des Frères où il restera jusqu'à l'âge de I2 ans, car ses

parents le voudront catholique.

Il obtient le C.E.P. et sera envoyé au lycée Jeanson de Sailly qu'il fréquentera jusqu'à l'âge de I5 ans.

Bon élève, il passera facilement d'année en année, jusqu'à la dernière année.

Le climat psychologique s'est alors sensiblement modifié.La guerre bat son plein. On le trouve en proie à de multiples vexations car Juif. Il découvre également sa nature d'enfant abandonné.

Son rendement scolaire baisse nettement et déjà dès l'âge de I4 ans note-t-il une vague impression d'hostilité de la part de ses camarades de classe, mauvaise adaptation à ce milieu qu'il trouve hautain, sophistiqué.

Cependant, il apparait bien difficile d'interpréter ce fait, I° épisode pathologique ou traduction d'un fait réel.

Quelques préoccupations sexuelles. Un jour ayant parlé des seins d'une jeune fille à son père, il reçu les verges de son père; l'association de cette fessée à des problèmes sexuels semble cependant responsable de son comportement sexuel ultérieur. C'est au courant de cette année que rentrant un soir du lycée que le jeune D. découvre la maison vide, les scellés posés sur la porte. Une descente de la gestapo avait eu lieu et ses parents adoptifs emmenés ou exécutés sur place on ne sait au juste. Ne trouvant personne chez lui, il va désormais vivre en errant dans les rues, allant d'un ami à l'autre, d'un parent à un autre jusqu'à la date où il sera confié à l'Assistance Publique. Ce séjour est très pénible pour le malade. "Milieu où il y avait tous les vices".

Le malade semble y avoir manifesté à plusieurs reprises des tendances agressives, bagarres , farces, semblaient courantes. "J'aimais faire le mal en douce..." "J'éprouvais une vive satisfaction à le faire " "J'y était plutôt mal".

Et c'est ainsi que pour échapper à ce milieu, il s'engage devançant l'appel dans la marine où il devait rester 5 ans.

"J'ai voulu m'évader , en pensant aller en Indochine parce qu'à ce moment là, j'ai pensé mourir".

Excellente adaptation à son milieu. Il trouve plusieurs chefs à qui il put s'accrocher affectivement.

Multiples voyages en Amériques, en Angleterre, dans les possessions françaises, mais dont aucun ne semble l'avoir particulièrement marqué. Ses évocations en sont tout à fait pauvres.
" En Angleterre, ils (les gens) sont froids, ils ont assez d'humour" On croirait entendre le malade réciter une leçon, surtout si l'on songe qu'il ignore tout de la langue anglaise.

Cependant à la fin de 5° année d'engagement, se situe un nouvel épisode pathologique.

Alors que le malade se trouve en garnison en Allemagne, brusquement il quitte l'armée et part en permission irrégulière de 3 mois qu'il passera avec une maitresse subvenant à ses besoins. Le motif qui provoque son départ: non réception d'un grade qu'il espérait. Mais "dans son subconscient j'en avais assez de l'armée" "Ce ne fut qu'un pretexte".

Cependant, lassé de la vie extérieure, il se présente au corps d'armée dont il dépendait.

Arrêté, il fait plusieurs mois de forteresse et finalement il est réformé pour "déséquilibre psychique et troubles du caractère". Replongé dans la vie civile, sa vie apparaitra comme une interminable suite de voyages, de déplacements au travers de toute la France entrecoupée d'hospitalisations plus ou moins prolongées dans tel ou tel hôpital psychiatrique.

A la sortie de la marine "j'avais l'impression de n'être bon à rien" Perte de confiance en moi, marre de tout, de la vie " exprime le désir de se suicider, de se pendre.

Cet état devait le mener très rapidement au bout de I5 jours à être admis à l'âge de 2I ans en I950 à l'hôpital de la Salpêtrière dans le service du Dr Michaux où il reçoit une série d'électro-chocs et en sort deux mois après.

Il s'avéra que ce point est inexact. Le malade fournira 2 versions l'une: 3 hospitalisations dont une non en50 mais 5I et la dernière en 58. L'autre : 2 hospitalisations l'une en 5I et l'autre en 58.

A la sortie de cet hopital on le trouve 3 mois dans une ferme, 8 mois dans l'autre, etc...

Il quitte chacune de ces places sur un coup de tête souvent après une dispute sur le lieu de son travail, parfois sans prendre son salaire.

"Je ne peux rester plus de 2 mois avec les mêmes visages... Je mangeais derrière les patrons à qui on donne un bout de pain, un morceau pour Médor..."

Puis on le retrouve engagé au Cirque Amar, comme homme de piste. Le malade restera à cette fonction pendant 2 ans.

"Ce sont des gens triés sur le volet... le milieu est sympathique. "

Appui sur le public, et surtout il est quelqu'un. Là encore au terme de ces 2 ans, c'est sur un coup de tête qu'il va quitter cette fonction pour se livrer au vagabondage et sur lequel le malade restera fort discret et fournira plusieurs versions. Il semble qu'il ait fait un séjour en prison à la suite d'une querelle avec la maréchaussée, mais il ne peut ou ne veut pas préciser la date.

Toujours est-il qu'on le retrouve à Lyon où un nouvel épisode pathologique plus marqué est noté.

"Ecoeuré, vidé de toute substance".

Tendance à la claustration: refus alimentaire car "les hommes qui mangent sont des dégueulasses".

Cet état ira s'aggravant jusqu'à motiver son hospitalisation à l'hôpital de l'Enticaille où le traitement qu'il subit (Insuline alimentaire et probablement quelques électro-chocs permettent de penser que: il fut considéré comme avant tout un anorectique mental. Après un séjour de 45 jours dans cet hôpital il va à nouveau reprendre une vie vagabonde qui va le mener à effectuer plusieurs voyages en Allemagne et en Suisse.

Nouvel épisode pathologique :

"Déprimé, asthénique, je me suis mis en tête que j'étais maudit. Il y avait sur mon front comme un M".

qui le conduit de nouveau à être hospitalisé en Suisse à Privat. Le malade fournit d'ailleurs des circonstances qui ont entrainé son entrée à l'Hôpital de Privac, plusieurs versions plus ou moins romancées.

Tantôt il y serait allé sur les conseils d'un ami, tantôt c'est la rencontre fortuite avec le secrétaire du médecin de l'hôpital psychiatrique de Privac à l'occasion d'un accident de bicyclette. La note mythomaniaque est à retenir et qui est constante chez ce malade.

Quoi qu'il en soit il y sera hospitalisé pendant 6 mois et y subira une cure de sommeil.

C'est durant son séjour dans cet hôpital qu'il écrira sa première pièce de théâtre "Le Soldat", pièce qui sera présentée sur la scènes du théâtre de l'hopital psychiatrique.

A la sortie de cet hopital, il retrouve sa place d'homme de piste au cirque Amar, place qu'il conservera près de 8 ans. Cependant, le malade perçoit de plus en plus nettement ses troubles.

"Je sentais que je changeais, je devenais méchant, sadique, j'aimais acculer mes adversaires dans un coin pour les assommer à coups de vérités premières....

Je commençais à prendre tout le monde en grippe, car j'en ressentais l'hostilité".

C'est dans cet état qu'il va quitter définitivement sa place pour aboutir à Nice à un poste de plongeur dans un restaurant qu'il va occuper de 56 à 57.

Mais son comportement devient de plus en plus étrange. Enfermé des journées entières, désintérêt du monde extérieur, hargneux, hostile aux gens, il était pris d'une rage de travail, ses troubles vont aller en s'accentuant.

"Je souffrais d'une dépression nerveuse, j'avais des obsessions, j'ai l'impression que je n'étais pas tout seul, que j'étais bizarre".

Vagues impressions d'influence. Quitte le travail. Nouvelle hospitalisation dans le service du Dr Gossa. Il y subit une cure d'Insuline et en sort en 59 au bout de 2 mois.

Compte-rendu (Dr Cossa)

Monsieur D. avait été adressé le I4 Novembre 58 par une Organisation de Bienfaisance à laquelle il s'était adressé parce qu'il était sans travail. Il prétendait être obsédé et résister difficilement à

des impulsions de violence. Il avait fait divers séjours dans divers services de Psychiatrie. Dans les jours qui ont suivi son hospitalisation le tableau de ce qu'il ressentait s'est enrichi d'une façon tellement intense (successivement allégation d'un francs délire interprétatif, puis allégation de préoccupations particulières concernant sa vêture), que finalement nous avons eu l'impression que ce malade qui était parfaitement calme dans le service avait essentiellement cherché à se mettre à l'abri pour l'hiver. Cela n'excluait nullement chez lui la présence d'un fond névrotique et c'est à ce diagnostic que nous nous étions arrêtés, mais cela ne constituait pas une raison pour le maintien dans un service fort encombré. Il a passé Deux mois du I4 Novembre 58 au I2 Janvier 59. Il n'a pas eu de cure de Sakel, mais seulement une vingtaine de chocs insuliniques humides entrepris sans aucune conviction et beaucoup plus à titre de psychothérapie dissimulée.

"Comme si j'avais été libéré de tout, comme si j'étais débarrassé d'un immense poids".

Etat qui devait durer 2 ans.

A sa sortie de l'hôpital , il se lie avec un camionneur qui le décide à monter à Paris où on peut facilement trouver du travail. C'est ainsi qu'il sera engagé comme manutentionnaire aux Halles et très rapidement la qualité de son travail lui feront gravir les différents échelons, l'amenant à devenir chef de distribution aux Halles Centrales.

"J'avais l'impression de vraiment être quelqu'un, parce que pour avoir un camion, la nourriture, il fallait passer par moi, je suis orgueilleux, j'étais content..."

Et effectivement il semble bien que sur le plan professionnel sa réussite était bonne. Cependant, quoique gagnant beaucoup, il dépense beaucoup, 28.000 F. pour une chambre d'hôtel.... le travail est harassant.

"Je finissais tout à fait à des heures incongrues, je n'avais pas d'heure de sommeil, le manque de sommeil"...

Pout tenir le coup il use et abuse de café, allant dit-il jusqu'à boire une boite de nescafé par jour (n'oublions pas qu'il est quand même très souvent mythomane).

En même temps que son activité professionnelle apparait si intense. On le voit suivre des cours au conservatoire national des Arts et Métiers.

En même temps il lit beaucoup et de tout; il écrit, fait des tableaux. Touche tout sans tenir à rien.

Cependant il ne semble pas qu'il ait pu trouver une attache affective quelconque: certes il lui arrivait de rencontrer des copains de passage, mais de très loin; quant aux femmes il lui arrivait de rencontrer des amies de passage, mais il semble bien que si ses rapports sexuels se fassent correctement, il témoigne à leur égard une indifférence, une froideur voire même une certaine répugnance encore qu'il ne se soustrait pas à leur exécution. Mais il s'agit là davantage le fait d'unepassivité de ce malade à cet égard... Quant au mariage il n'y songe même pas. "Vivre 20 ans avec la même tête... Il est d'ailleurs probable que ses rapports sexuels soient très rares.

On le voit donc fréquenter les milieux estudiantins du quartier Latin, les cafés, les restaurants, cherchant partout la discussion sur les thèmes les plus variés, Science, Philosophie, Littérature, Discussions interminables qui duraient des nuits et il y avait là manifestement lieu à son rationnalisme morbide de s'exercer en toute liberté.

Cependant cet état ne devait pas durer très longtemps, on vonstate de nouveau que le malade recommence à se claustrer, refusant de sortir de son lit, n'ayant que le bras à étendre pour mettre en marche le pick-up et écouter la musique pendant des heures.

Pour éviter de sortir avec ses amis de rencontre, il s'enferme des journées entières à clé chez lui.
" J'avais de la haine pour l'humanité, elle est ignoble. Elle m'avait abandonné en 43". Son travail devient irrégulier, mutisme, ce qu'il appelle : "sa claustration philosophique". Cependant, il

ne semble pas que cela se soit accompagné de gros désordre dans son alimentation, son habillement, ses soins personnels, pas de troubles du sommeil. Seulement de longues rêvasseries, réflexions sur des thèmes scientifico-philosophiques. Désinsertion de plus en plus du réel pour passer dans le monde des abstractions car: je me trouvais invincible, tout me réussissait. Il se sentait capable de discuter de tous les sujets; se trouvait trop intelligent. Sa mémoire était comme augmentée. Il se trouve capable de résoudre des problèmes dont il n'aurait pas cru être capable de pouvoir résoudre antérieurement, problèmes de math. etc... Il se sent supérieur aux autres.

En même temps que tout ce monde autistique l'envahit il rompt de plus en plus contact avec la réalité et cesse son travail. Une tentative de suicide se situerait vers cette période. Et c'est dans cet état qu'il décide de quitter Paris pour la région Lilloise. Trouver du travail dit-il une fois. En fait, il semble que devant la mauvaise qualité du travail et que manifestement celà tournait plus rond qu'il est envoyé par son patron avec une lettre de recommandation destinée au Pr Graux en vue de son traitement; toujours est-il qu'arrivé à Lille, il se rend à l'hôtel où il va résider pendant 4 jours, durant lesquels il va faire la foire, acheter divers objets, dont seule va lui persister une montre.

Au paroxysme de cet état d'excitation se situe le cauchemar prémonitoire "Je me voyais tout petit dans une machine électronique, j'étais bon à rien. Tous les relais disaient qu'il fallait que je me supprime."

Le lendemain, se promenant à Lille "J'ai failli être accroché par une voiture et un tramway". Le malade fait un rapprochement avec son rêve où il était question de se supprimer. Il prend peur ce qui l'amène à la consultation du service de Neuropsychiatrie de la Cité. Durant son hospitalisation, le problème diagnostic que posa ce malade était de savoir s'il fallait le considérer comme un mythomane simple ou s'il s'agit d'une véritable schizophrénie.

Tests pratiqués - compte-rendu du Rorschart (Dr Chabrier)

1/ - Il n'est pas sûr qu'il n'ait déjà passé le Rorschart; l'intelligence parait bonne; il semble même que G.D. veuille faire étalage de son intelligence et de ses connaissances. Il emploie des termes techniques qu'il n'est pas habituel d'obtenir en milieu hospitalier. Il donne des précisions d'ordre scientifique.

Cet aspect mis à part, il faut relever à son avantage que la proportion de G.D.D. le montre comme un sujet ayant des dispositions à manier les concepts et les abstractions.

La vision du monde extérieur est bonne. Il se laisse aller à une certaine spontanéité qui d'ailleurs dans l'ensemble s'exerce avec bonheur.

Sa sensibilité est vive, de type egocentrique posant le problème de la qualité de son insertion sociale et de ses rapports socieux. L'anxiété ne semble pas son fait.

Il n'y a que 3 réponses banales, par contre, nous trouvons 3 originalités + sur 20 réponses.

Est-ce la manifestation de son désir d'être original ou est-ce du au fait qu'il ne sait pas ou ne peut pas voir l'univers comme tout le monde. Nous pencherions pour la première hypothèse, surtout qu'au cours de cette épreuve il n'a cessé de montrer un entrain, un optimisme, une certaine jovialité qu'il émaillait de quelques remarques (références personnelles, sans la moindre auto-critique.) Ses intérêts sont variés. Les réponses animales sont peu nombreuses (16%) , les réponses humaines, encore bien moins. Il n'y en a qu'une (5%). Par contre, nous trouvons (50%) de réponses "objet" lui donnant l'occasion de démontrer son savoir. Il y a même une réponse abstraite !

Cela montre la note narcissique de ce sujet.

Actuellement à ce test il apparait plus comme un sujet mythomane intelligent que comme un schizophrène, cependant il a déjà été soigné pour cette maladie, a fait de nombreux séjours en asiles

et a subi des cures de Sakel.

Tout qui ne tranchait rien affirmant la mythomanie, mais n'éliminant pas la schizophrénie.

2/ - Le M.M.P.I.

Profil assez caractéristique d'une structure schizophrénique avec prédominance de conduites bizarres et inhabituelles. Noter en outre que l'Echelle L est peu élevée permettant de rejeter la mythomanie. Par contre résultats de l'échelle F à la limite de la valabilité, mais semblant plus en rapport avec le caractère très anormal des réponses par anomalies grave de la personnalité qu'avec un déficit de compréhension des question (Q.I. suffisants).

3/ - Le Rosenzweig :

L'indice de conformité au groupe est nettement trop bas; cette déviation importante plaiderait en faveur d'une psychose. En présence de frustrations répétées le sujet perd sa conformité au groupe, ce qui indique une mauvaise adaptation. L'examen des profils montre 11 réponses extra punitives avec défenses du moi, compensées par la faiblesse des réponses extra punitives avec dominance de l'obstacle. Le total des réponses intra punitives est anormalement bas (T≠ 37).

Les patterns classiques et basées sur les notes T ne font que confirmer les résultats précités. Les patterns additionnels permettent d'ajouter que le sujet ne cherche pas souvent à se disculper (note T= 4I,6)

Le sujet présente 5 tendances dont 4 très significatives.

a/ - les réponses impunitives assez fréquentes dans les I2 premières réponses tendent à disparaitre dans les I2 dernières (T= 78)

b/ - les réponses extra punitives dont le nombre est faible au début tendent à devenir le mode unique de réaction à la fin (T=I9)

c/ - les réponses impunitives avec défense du moi tendent à disparaitre (T = 7I)

d/ - les réponses extra punitives avec défense du moi tendent à être le mode de réaction à la frustration (T= 32)

é/ - les réponses avec dominance de l'obstacle tendent légèrement à diminuer (T = 60,8)

Fréquence des réponses humoristiques (soit 2I%)

/ CONCLUSIONS /

Ce sujet se montre au premier abord adapté et même tolérant Ensuite, mis en présence de frustrations répétées, il perd complètement contrôle de lui-même et devient agressif surtout pour défendre son moi.

Son auto-critique disparait complètement. Sa conformité au groupe tombe de 50% à 25%. Le caractère inadéquat des réactions de ce malade à la frustration témoigne d'une importante inadaptabilité sociale.

/ CONCLUSION DE TOUS LES TESTS /

Que conclure de l'ensemble de tous ces tests ? Dans l'ensemble les résultats sont plutôt décevants. Le Rosenzweig ne fait que confirmer ce que l'on connaissait par la clinique. Le fait que le caractère pathologique des réponses ne se révèle qu'au bout d'un certain temps d'examen, explique dans une certaine mesure la banalité des réponses au rorschart qui lui est limité dans le temps.

De plus et ceci est vrai surtout pour le Rorschart, ce test a été pratiqué dans les premiers jours de son admission à la Cité hospitalière de Lille, or à cette période le malade présentait une petite phase d'excitation d'allure hypomane, si bien que le malade a pris le test un peu à la manière d'un jeu, fait dont il faut tenir compte pour l'interprétation du résultat.

Et en effet le M.M.P.I. pratiqué au décours de cette période d'excitation laisse passer la composante schizophrénique qu'attendait la clinique.

Les test de Niveau le montrent d'un Q.I. supérieur à la moyenne.

Discussion :

Problème diagnostic

1/ - La simulation :

Le long passé pathologique de ce malade avec multiples stages dans les hôpitaux psychiatriques: le caractère paradoxal parfois des troubles présentés par ce malade. La lecture des divers certificats établis au long de sa carrière pathologique n'est pas faite pour éliminer ce diagnostic.

Il est bien certain que la richesse de la production mythomaniaque de ce malade, les variabilités de ses dires; ses mensonges patents; sa présentation relativement ouverte; son long passé de clochard et dans une certaine mesure son aggressivité font que l'on a pu le considérer comme un Bluffeur ou un simulateur. Cependant, aussi loin que l'on remonte dans le passé pathologique de ce malade on retrouve dans tous les certificats établis la notion du caractère anormal de cet individu.

"Déséquilibre mental et troubles du caractère"
"Fond névrotique" à Nice chez Cossa.
A la Cité hospitalière de Lille, on hésite entre "schizophrénie et mythomanie", précision de plus en plus grande dans les termes employés pour définir le malade. Les divers tests pratiqués ne donnent pas de résultats convaincants; par contre à son entrée dans le service et depuis son admission il présente un tableau de schizophrénie évidente dont nous reprendrons les éléments objectifs.

Ce type de longue évolution est le même que celui que nous retrouvons dans notre seconde observation où existe le même long passé de troubles mal identifiés et qui souvent en fait bel et bien une schizophrénie.

2/ - La psychasthénie :

La raison qui fait discuter ce diagnostic tient au caractère de l'expression verbale, des troubles de ce malade. Une telle conceptualisation de la discordance n'est pas sans évoquer ce que l'on connait bien des troubles de la personnalité du psychasthénique. En fait même si nous ne nous en tenions qu'à cette expression verbale de notre malade, ainsi que nous le verrons dans notre 3° chapitre, il y a une différence considérable dans l'expression de ses troubles. Surtout ce qu'il faut déjà retenir c'est la totale indifférence affective de notre malade, contrastant avec l'importance de la participation affective de l'expression de sa dépersonnalisation du psychasthénique; il est anxieux et souffre de son dédoublement.

3/ - Le déséquilibre instinctif avec tendances mythomaniaques:

Ce diagnostic ne peut cependant pas être retenu car : si les diverses péripéties de la vie de ce malade permettent d'évoquer ce diagnostic, le comportement dans le service, la suprême indifférence pour tout ce qui le concerne, l'absence de la moindre velléité de sortie, qui n'est jamais évoquée. Il y a même refus de l'évoquer. Si ce trait de comportement est connu chez les déséquilibré, le refus de sortir s'accompagne d'une organisation de la vie du malade au sein du milieu hospitalier avec participation du malade à la vie collective, l'efficience du malade apparaissant d'ailleurs comme un facteur de maintien dans la place.

Par contre dans le cas de notre malade son activité se limite à quelques actes de la vie quotidienne relativement stéréotypés, ne visant qu'à satisfaire ses besoins les plus élémentaires. Totalement séparé de la vie du pavillon, il mène une existence purement végétative, que n'interrompt qu'une logorrhée à thème scientifico-philosophique dépourvue de tout signifiant et d'ailleurs relativement stéréotypée dans sa forme. Passivité. Indifférence à la vie extérieure, comme à celle du pavillon et même à la sienne propre. Alors que le déséquilibré conserve toujours au moins quelques pôles d'intérêt ne serait-ce que soi

4/ - La névrose hystérique :

Le caractère spectaculaire de sa logorrhée, avec cette tendance à proposer à tout le monde ses vues, sa mythomanie, l'incontestable carence affective de ce malade, sa quête affective que nous avons signalé permettent à juste titre d'évoquer la pythiatisme. Cependant, là encore, la participation non apparente du malade à ces troubles, son détachement à leur égard, son inaffectivité, la persistance de ces troubles sans modifications, immuable depuis plus de six mois, ces troubles ne présentant d'ailleurs aucun caractère utilitaire pour le malade; de même, les écrits de ce malades sont des écrits spontanés nullement destinés à être montrés au médecin, réalisés sur un papier non fourni par l'H.P.

Les longues démonstrations que produit le malade sont, elles aussi, indépendantes de l'auditeur. D'ailleurs le seul fait de s'intéresser à ces écrits, provoque un arrêt de leur production publique ne se continuant qu'en cachette.

5/ - Hypomanie :

Ce diagnostic a pu être soulevé à son entrée devant cet état d'euphorie, ces calembours, son ironie, cette bouffée de dépenses sans raison présentée avant son admission à la cité, cette accélération du cours des pensées qu'il a eue, son impression de pouvoir désormais tout faire, ses capacités ayant doublées.

Cependant, cet état tournait court rapidement et, même, durant son évolution, cette excitation était surtout faite de fuite d'idée, ironie agressive, alimentée par le sujet et non par l'ambiance.

Cependant, le tableau clinique de notre malade conserve suffisamment d'éléments objectifs; par ailleurs, pour que la schizophrénie soit difficile à rejeter :

- maniérisme, théatralisme,
- rires discordants, paramimies faciales,
- réponses à côté, stéréotypie d'attitude,

- apragmatisme, impulsions motrices,
- innaffectivité totale, ironie agressive permanente,
- flou de la pensée, attention labile. Rationnalisme morbide, contrastant avec une activité verbale incessante, portant sur des multiples thèmes scientifico-philosophiques qu'il expose à tous, infirmiers ou malades. Omniprésence continuelle et incessante.
- sans parler du contenu verbal de son expression parlée et écrite qui s'apparentait à la schizographie la plus pure pour cette dernière.

Essai d'interprétation de sa présentation particulière :

Dans quelle mesure la biographie de ce malade peut elle expliquer ses troubles actuels ? S'il est bien certain que l'histoire de ce malade est tout à fait spéciale. Orphelin, jeté dans un milieu où il apparait comme un corps étranger, accepté par sa famille adoptive, mais non aimé. Rigidité de ce milieu sur le plan moral et le fond, ainsi qu'en témoigne l'éducation catholique donnée au garçon, contrastant avec une originalité de surface qui ne peut ne pas avoir marquée ce jeune garçon.

Milieu aisé, également: la guèrre, la mort de ses parents adoptifs rejetèrent cet enfant dans la rue et il semble bien que depuis cette époque il n'a jamais pu remonter à la surface et avoir une vie structurée et socialement adaptée.

Seul le séjour dans le cirque a pu le stabiliser quelque temps. Hostilité du milieu ambiant - agressivité vis à vis de la société qui l'a laissé tomber et dont témoigne le test de Rozenzweig.

Bien sûr, on peut discuter du rôle de tous les facteurs dans le déclenchement des troubles, mais quant à trancher ... Ils expliquent en partie son agressivité. Ce que l'on peut dire , c'est que la vie errante de ce malade, de demi-clochard, à permis, dans une certaine mesure, à sa maladie de ne pas se révéler, ou, en tous cas, d'être compensée. Le milieu estudiantin, artistique qu'il fréquentait a

permis à son rationnalisme morbide et à ses théories scientifico-philosophiques de se développer, et, il a certainement pu y trouver un auditoire et finalement si ce milieu entretenait ses troubles, il lui permettait, dans une certaine mesure, de tenir au dehors sans que son comportement attire l'attention.

Sa mythomanie peut, également, trouver une explication dans le fait qu'il a pu y trouver une certaine compensation à son inadaptation sociale, mythomanie que le milieu a certainement contribué à cultiver voire même susciter.

Mais si tout cela permet d'éclairer le personnage et certains de ses aspects extérieurs expliquant la présentation particulière du malade, il n'en reste pas moins un schizophrène.

A rapprocher de notre observation, l'observation de Mme E. KAMENEVA, publiée dans l'AMP en I935 "Schizophrénie légère".

Cas n° 2 :

C. 39 ans, homme de science, entre à l'Institut en Octobre I93I.

Plaintes :

Céphalées persistantes, surtout à la nuque. Sent sa tête se partager en deux, une pression sur les yeux et un dédoublement de la pensée. Perte de mémoire. Aprosexie.

Héridité :

Père au caractère despotique et singulier, irritable, battant sa femme et ses enfants. La mère est douce de caractère, très soumise. Une tante paternelle et des oncles on été atteints de maladies mentales. Un frère est maussade caractère et violent dans l'ivresse, l'autre frère est tuberculeux.

Anamnèse :

Issu d'une famille de paysans, il fut rachitique dans l'enfance et retardé dans son développement. Enurésie jusqu'à quatorze ans. En entendant les récits des grandes personnes, il se sentait effrayé et avait le sommeil agité. Il grandissait avec son ivrogne de père et subissait ses horions. Il était de caractère timide, craintif, méticuleux et peu sociable. Il commence ses études à l'âge de 7 ans à l'école communale, ses capacités étaient bonnes. N'avait pas d'amis, se tenait toujours à l'écart. A sa sortie, on lui conseilla de poursuivre, mais il n'en eut pas l'occasion. Dès l'âge de douze ans il entra à l'usine et à I3 ans s'enfuit de la maison pour aller à Léningrad où il entra dans un atelier de couture tout en poursuivant lui-même son instruction.

A l'âge de I6 ans, il ressentit une excitation sexuelle exagérée et en raison des livres de médecine qu'il avait lus et de l'onanisme qu'il avait pratiqué, il se fit des reproches. A cette époque,

il ressentait parfois "deux idées surgir sur la surface de son cerveau" et se disputer indépendemment de sa volonté; il y prêtait l'oreille en éprouvant une sensation "veloutée" dans la tête. A partir de I8 ans, il note un changement de caractère, devient plus décidé et sûr de lui-même. A cette époque, on le voit s'occuper de politique.

Employé à l'usine, il frayait peu avec ses camarades, n'aimant pas la boisson. Se sentait à son aise avec ses collaborateurs des travaux sociaux, mais avait peu d'amis intimes. S'adonnait, volontiers, à la philosophie et à la réflexion sur les questions de l'origine de la vie et sur Dieu, mais se libéra vite de la religion. Au physique, il était maladif . En I9I4, s'engagea dans la cavalerie. Les exercices militaires étaient au-dessus de ses forces, surtout monter à cheval.

Tout l'entourage lui produisait une impression pénible. Il eut des pollutions, se sentit brisé et sans forces. Eprouvait de l'angoisse, marchait avec peine, se laissait soutenir sous les bras. En même temps, il passait par un moment pénible, car la femme avec laquelle il avait vécu l'avait brusquement quitté pour un autre. Souvent il la voyait dans son imagination, et souffrait de cette rupture. C'est avec le diagnostic de "neurasthénie" qu'il fut transféré à l'école des aide-chirurgiens où il acheva ses études. A partir de cette époque, il devient quelque peu distrait, assimilant plus difficilement ce qu'il apprenait, ce dont il se rendit compte lors de ses études dans cette école. Il fit son service militaire dans l'armée impériale comme aide-chirurgien. Durant son séjour dans l'armée, il se sentait parfois éperdu, déprimé et indécis. Son irritabilité lui valut des ennuis. Après la Grande Guerre, il prit six mois de repos, se sentant fatigué et ne parlant à personne. Plus tard, il prit part à la Guerre Civile.

En I9I9, présenta une crise très grave de fièvre exanthématique et récurrente, restant presque sans secours dans les conditions difficiles de la vie du front. Après cette maladie, il perdit pour un temps la mémoire qui ne lui revient ensuite qu'en partie. A partir de cette époque, il note une progression notable des manifestations morbides, parfois des maux de tête, tantôt des crises de mélancolie qui duraient plusieurs jours et au cours desquelles il ne savaient où se mettre, ressentant du vide autour de lui. Il lui arrivait de perdre le fil de ses idées pendant ses discours.

En I920 , il entra à l'école supérieure pour en sortie en I924. A cette époque, il éprouvait des maux de tête, sans toutefois s'y arrêter, étant absorbé par le but à poursuivre. Tout en faisant ses études, il exerçait des fonctions sociales, gagnait sa vie, sa capacité de travail variat'par période : tantôt , il travaillait avec peine, tantôt faisait plus qu'il n'était nécessaire, était obligé de se surmené.

Après sa sortie, il prit un emploi en province en qualité de médecin vétérinaire. Le travail était très intense, énervant, il tomba malade avec des signes de colite et une irritabilité exagérée. Entra au sanatorium où il fit un séjour de 2 mois. Resta 4 à 5 mois sans travailler. En I926, il refit un séjour au sanatorium, présentant les mêmes manifestations morbides. Resta 2 mois sans travailler. Consulta systématiquement le neurologiste Ducartier en se plaignant de maux de tête, d'irritabilité, de palpitations au coeur; d'habitude en automne et au printemps, son état s'aggravait, il se sentait parfois malade pendant 2 semaines, après quoi il comblait les lacunes par un surcroit de travail. Les états de dépression se traduisaient par une mélancolie au cours de laquelle il ne savait où se mettre, ne voulant causer à personne et n'allant pas à son service. La nécessité de parler réclamait de sa part un grand effort et l'irritait . Jusqu'en Octobre I930 il continua à se sentir mal, travaillant néanmoins au-dessus de ses forces. Accusé d'abus de confiance, son état s'aggrava très sensiblement.

La nuit avant de s'endormir, il s'entendait appeler, craignant d'être arrêté se méfiait de son entourage, croyait qu'on parlait de lui et était en proie à la dépression. Fut envoyé dans un sanatorium à Moscou après quoi il se sentait bien et occupa pendant 3 mois un poste important dont il s'acquitta très bien. En Mai I93I il fut nommé chef de l'Institut scientifique où il avait été collaborateur jusque là. Jusqu'à cette époque son était avait été satisfaisant et son travail scientifique productif; sa nouvelle nomination aggrava son état en lui donnant une surcharge de travail compliquée de désagréments, il soupçonnait qu'on le traquait. L'état général devint plus mauvais. En Juil-

let il ressentit un grand mal de tête et des douleurs aux extrémités. Fut de nouveau envoyé dans un sanatorium et de là à la "policlinique" de l'institut où il dut subir un temps un traitement ambulatoire. En octobre, après un voyage qui raviva ses souvenirs de la vie militaire l'état de dépression réapparut, de nouveau suivi d'insomnie et d'irritabilité excessive. Il lui arrivait parfois de ne pas pouvoir travailler pendant plusieurs jours. C'est dans cet état qu'il se présenta au service interne de l'Institut.

Les établissements externes et internes où il a été traité ont posé différents diagnostics tels que : cyclothymie, schizophrénie, psychasthénie etc...

Vie sexuelle :

Depuis l'âge de I4 ans jusqu'à l'âge de I6 ans, il pratiqua l'onanisme, commença la vie sexuelle à I8 ans. Eut des périodes d'excès A la suite d'un traumatisme sexuel en I9I4, son désir tomba. Actuellement il est marié et a un enfant. Ses rapports sexuels avec sa femme sont froids.

Caractère :

Depuis son service militaire il note un changement de caractère dans le sens d'une plus grande irritabilité et de grossièreté. Il lui arrivait d'avoir des crises de colères avec éclats et débris d'objets. Le fonds du caractère fut sans grands changements durant toute sa vie. Mais sa réserve allait en augmentant, de sorte que ces dernières années il n'avait plus d'amis du tout. Il explique son insociabilité par les abus de confiance dont il fut victime dans le passé. Il resta aussi peu sûr de ses actes que dans sa jeunesse, les vérifiait à plusieurs reprises, pesait tout avant d'entreprendre quelque chose, mais la décision une fois prise, il passait énergiquement à l'action. Très tenace dans l'accomplissement du but qu'il s'était proposé, il se montrait exigeant envers les autres. Dans les périodes de dépression, sa méfiance augmentait. Il lui semblait "comploter" contre lui.

Données objectives :

Aux dires de sa femme, le malade aurait toujours eu un caractère difficile, silencieux et renfermé, mais bon envers sa famille.

D'après les renseignements fournis sur les lieux du travail par ses supérieurs et les gens qui l'ont connu depuis I925, il aurait un caractère peu affable, peu communicatif, renfermé et gardant ses impressions pour lui. Très nerveux, mais sachant se maitriser, dans ses moment d'humeur, il recherche l'isolement, fuit le monde, méfiant envers ses supérieurs, malgré la pleine confiance dont il jouit. Va droit au but. Est très ferré en politique. Souriant vite dans n'importe quelles circonstances et rien ne peut l'ébranler dans aucune condition. Se montre exigeant, mais reste juste envers ses subalternes. L'atmosphère qui régnait à l'Institut à l'époque où il en avait la direction, ce qui s'expliquait par des raisons purement extérieures. Le malade dut lutter à chaque instant avec des difficultés de toutes sortes pour mettre ses projets à exécution. Un tel état de choses dura près d'un an et énerva le malade qui, étant très renfermé ne s'en plaignit à personne. A partir du printemps de cette année là, ses collègues remarquèrent qu'il y avait quelque chose qui clochait dans son caractère: il se repliait sur lui-même, ne parlait pas, était maussade. L'aptitude au travail ne paraissait pas s'en ressentir. Les derniers temps le malade travaillait moins vite, mais l'assiduité y aidant il n'y avait pas de lacunes dans son travail. Il est très estimé comme travailleur.

Etat actuel :

La malade est de taille moyenne. La constitution se rapproche de celle des pykniques aux traits athlétiques. Est porté à l'adiposité. D'après l'examen du thérapeute, il y aurait un commencement d'artériosclérose, du côté du système nerveux rien d'anormal.

Etat psychique :

Le malade est conscient, se comporte bien, se soumet au régime, se tenant tout d'abord à l'écart des autres malades est devenu plus sociable et causeur ensuite, aimant plaisanter avec eux. Les gestes sont brusques, gauche et impétueux. La mimique est à l'avenant. L'expression de la figure est maussade. Pendant son internement il s'adonne volontiers à un travail manuel, moins à la lecture. Pendant la visite du médecin il se montre accessible, mais sur la défensive. Interpellé, ses réponses sont habituellement brèves, saccadées, il ne donne de détails que lorsque l'on insister. Ses plaintes visent princi palement ses sensations somatiques et ses maux de tête: ressent dans la tête une pression qu'il localise tantôt d'un côté, tantôt de l'autre; également une pression sur les yeux suivie de brouillard devant lui, de constriction et de bruit dans la tête. En faisant la description de ses sensations, il se sert volontiers de comparaisons telles que "fouler l'air", "sensation veloutée dans la tête", "un moteur" dansla tête; "la tête se fend en deux parties; l'une plus grande que l'autre". Eprouve des douleurs passagères dans diverses parties du corps, des serrements au coeur, des fourmillements aux jambes etc...

Le malade insiste très volontiers sur la description de ses sensations, cherchant à les analyser, fait des suppositions hypocondriaques et se livre à d'interminables discussions sur les mesures dietetiques auxquelles il a eu recours à la maison pour améliorer son état. Emploie des termes de médecine et s'efforce à faire rentrer ses manifestations dans le cadre des maladies peu graves qu'il connait. Du côté de la sphère affective apparait de l'irritabilité qu'il cherche d'habitude à réfrener, allant rarement jusqu'à élever véritablement la voix. Eut une crise d'irritation au sujet du journal qui ne fut pas livré à temps. Mais par contre il note un état d'irritation subjective assez fréquent qui fait suite à l'effort intérieur et aux céphalées.

Le malade donne une description de deux états différents qu'il oppose l'un à l'autre, l'un qu'il appelle la dépression et qui est caractérisée par de l'apathie; la sensation de vide, la torpeur et la mélancolie, quand il ne sait où se mettre, et est porté à rester étendu, per-

dant l'aptitude au travail, incapable de fixer son attention sur quoi que ce soit ; l'autre qu'il qualifiait de "exaltation", qui est caractérisé par une tendance à s'irriter, l'insomnie, l'excitation sexuelle, le besoin de bouger et une idéation plus accélérée, mais peu productive, ne servent qu'à ruminer les évènements de la vie sexuelle et, à son avis, à éveiller la méfiance envers son entourage.

D'après les observations objectives, l'humeur du malade traduirait plutôt l'indifférence avec quelques éléments d'irritation et de manque de confiance en soi. On note des hallucinations olfactives; des odeurs désagréables, surtout de mauvais tabac, un cas d'appel. Au cours d'une lecture soutenue, il lui arrivait de voir à ses côtés une silhouette d'homme ou de bête qui s'évanouissait lorsqu'il tournait la tête. Les premiers temps de son internement il se montrait quelque peu méfiant envers son entourage , il lui semblait qu'on ne le laisserait pas partir et qu'il était suivi. Son niveau intellectuel est suffisant. S'interesse à la politique et à sa profession. La mémoire est affaiblie. Retient peu ce qu'il lit, surtout les noms propres. Les renseignements manquent de précision, tant au point de vue de l'existence des faits qu'à celui de leur succession. Les associations s'enchainent rapidement mais sont uniformes, incolores. Est porté à raisonner sur les moindres faits et sur sa propre santé. Son jugement est bref, catégorique. Tendance à l'ironie. Le malade remarque lui-même une lenteur dans son idéation, "un manque de précision", ne saisit pas d'un coup la question qui semble tout d'abord "tomber dans le vide". Une des particularités de son idéation est la concrétisation . Il doit se représenter tout ce qu'il pense ou ce qu'il lit sous forme d'images visuelles ou auditives sans lesquelles il ne conçoit qu'imparfaitement. Il montre également une tendance à la production forcée de certains faits ou à la création de nouveau en les discutants dans son for intérieur. "Les idées semblent se fourrer dans la tête, s'enchevétrer et se raccrocher à différents faits et à différentes paroles". Parfois la pensée coule dans deux directions opposées, donnant la sensation d'un débat qui, indépendamment de sa volonté, se produit dans la tête entre ses deux moitiés, ses deux "moi". Pendant l'état morbide, chaque décision, avant d'être

prise, est soumise à un examen ainsi prolongé. De cet examen dépend parfois la valeur que l'on donne à tel ou tel fait ou évènement. Il en résulte soit l'apparition, soit au contraire la dissipation des soupçons et du manque de confiance de soi. Le malade note la même duplicité (deux "moi") dans ses idées, dans ses sentiments et dans ses actes. Parfois elle revêt le caractèreede lutte entre sa personnalité et ses angoisses et soupçons qu'il qualifie de morbides, un "moi" étant pour, l'autre contre. Dans l'évaluation de sa personnalité, le malade note également la même duplicité: un moi le tranquillise, lui remonte le moral, l'autre lui parle d'insuffisance. Avec cela il éprouve toujours le sentiment de manque de confiance en soi et en la justesse de ses actes et se sent incapable de prendre une décision d'emblée, ce qui contraste avec le ton décidé de son jugement. Il note un sentiment de haine et d'irritation particulières envers ses supérieurs à son service. Dans ses démêlés avec eux il se montre tranchant et irritable, surtout si les ordres lui sont donnés d'un ton formel. L'esprit de contradiction s'eveille alors involontairement en lui. Avec l'âge il a acquis une plus grande souplesse et la faculté de s'adapter à ses relations de service ayant remarqué que la franchise par trop excessive qui le caractérise ne mène à rien. Il remarque que son aptitude au travail baisse avec l'âge. Malgré celà il espère continuer à se développer et à s'affermir comme individualité et comme homme politique.

L'observation dynamique ultérieure a montré que le malade a quitté sa place dirigeante, ayant conservé celle de collaborateur scientifique supérieur, et tient bien son emploi. Quand il est fatigué, il éprouve de la difficulté dans son travail intellectuel à grouper son matériel, à l'associer. Son état empire ou s'améliore suivant les circonstantes extérieures.

Dans ce cas le processus de schizophrénie atténuée commencée franchement dès l'âge de 16 ans, à en juger d'après certains symptômes qui datent de cette époque, et dont une poussée réactive au moment du service militaire, laissant une certaine déficiente, quoique très légère, sous forme d'affaiblissement de la conception et de l'attention. Plus tard, au cours de toutes les années qui suivront, nous voyons une évolution très lente, périodiquement entrecoupée de phase d'accroissement des phénomènes morbides, simulant les phases cyclothymiques et provoquées

souvent par la situation ou les accidents somatiques qui sont compensés par le repos et le traitement.

Mais même au point culminant des phénomènes morbides le tableau de la maladie ne présente guère des symptomes schizophreno psychosiques bien francs. Les phénomènes paranoïdes ne sont pas très marqués et font l'effet de prime abord d'être dus aux réactions. Quant aux autres symptômes, notamment les troubles affectifs, ce n'est que l'étude approfondie de leur structure qui met à découvert leurs traits schizophréniques, les distinguants des troubles cyclothymiques (le vide au lieu de la mélancolie, associée à la tendance autistique de fuir le monde, l'excitation intérieure improductive combinée à l'irritabilité et aux troubles intellectuels). Ces troubles intellectuels et les phénomènes de dissociation, tout en portant le caractère de micro-symptômes qu'on ne constate qu'après une étude approfondie, parlent néanmoins en faveur d'un processus schizophrénique. Il est possible aussi que l'augmentation des manifestations morbides soit provoquées par l'artériosclérose qui a commencé à se développer ces dernières années ?

°
° °

Nous ne pouvons ne pas être frappés du parallélisme de ces 2 observations :

- même début à l'âge de I5-I6 ans
- même poussée réactive au moment du service militaire,
- même évolution lente entrecoupée de poussées, simulants des troubles mal systématisés appelés cyclothymiques dans le cas de Mme KAMENEVA, accidents dépressifs ou d'allure névrotique dans notre observation; mais gardant dans les deux cas à l'étude approfondie un indéniable caractère schizophrénique.

Or dans ces deux observations nous trouvons le même degré de conceptualisation de leurs dissociation en effet nous relevons dans cette deuxième observation les passages suivants qui par bien des caractères

se rapprochent de ce quue nous avons vu chez notre malade.

Ici , Mme KAMENEVA parle de concretisation, alors que nous disions conceptualisation "Parfois la pensée coule dans 2 directions opposées donnant la sensation d'un débat qui indépendamment de sa volonté se produit dans sa tête entre ses deux mois. Pendant l'état morbide..... le malade note la même duplicité, deux moi; notons la notion de lutte sans prendre partie.

Dans l'évaluation de sa personnalité le malade note également "la même dualité: un moi le tranquillise, lui remonte le moral, l'autre lui parle d'insuffisance". Il s'agit bien là de la verbalisation d'une ambivalence.

A quoi peut tenir semblable concretisation ?

Il s'agit de deux schizophrènes relativement légères; d'évolution lente; s'accompagnant d'une faible déterioration de la personnalité du malade et d'une conservation de facultés intellectuelles; de plus le Q.I. de ces deux malades est très élevé.

Tout se passe comme si la partie non encore altérée de leur personnalité sur la base d'une bonne introspection était capable de s'observer , de se pénétrer, de s'étudier, de s'analyser pour fournir de leur symptômes une description qui bien conceptualisée rejoint celle fournie par un observateur extérieur.

Une remarque s'impose pour notre malade, pour lequel l'existence de ces écrits d'allure schizographique laisse présager une atteinte plus profonde de la personnalité de ce dernier avec toutes les réserves pronostiques que cela implique.

CHAPITRE III

Conscience de la personnalité chez le psychasthénique et notre schizophrène

En manière de préconclusion.

Nous venons de voir deux observations de schizophrènes qui étaient particulières du fait de l'existence d'une expression directement accessible de leur ambivalence "moi et non-moi" pour notre malade et les " "deux moi opposés" du second malade représentaient les deux pôles de leur personnalité disjointe.

Si de telle conceptualisations sont rares chez le schizophrène on les connait comme beaucoup plus habituellement rencontrés chez les psychasthéniques. Si bien qu'il apparait naturel de voir en quoi les troubles de nos malades (plus exactement leur expression) se distinguent de ce que l'on rencontre habituellement chez le psychasthénique.

Notons dès le début que alors que nos malades verbalisent leur ambivalence, le psychasthénique exprime sa dépersonnalisation.

Car ce qui, comme il est classique de décrire parmi les éléments séméiologiques de cette dernière affection comme troubles de la conscience de sa personnalité, consistant soit en des sentiments de transformation ou d' irréalité de soi; doute sur sa propre identité, impression de vide intérieur; sentiment d'aboulie et impression de ne plus se comporter qu'en automate; les sentiments eux-mêmes deviennent indifférents ou neutres, l'affectivité se ternit, impression de dévalorisation et sentiment d'infériorité et enfin comme tous ces troubles ennumérés ci-dessus, se rattachant comme eux aux troubles de la conscience du moi: le sentiment du dédoublement.

C'est par ce dernier trouble que la seméiologie du psychasthénique peut se rapprocher de ce que nous avons rencontré chez nos deux malades.

Le malade cité par Follin dans l'E.M.C. malade de Seglas s'exprime ainsi:

"Je me fais l'effet d'être un être double, je me sens comme deux pensées qui se combattent, une qui est bien mienne , qui chercher à raisonner mais sans succès, une autre qui me serait en quelque sorte imposée et que je subis toujours. Certe on retrouve là des analogies avec ce que nous avons vu chez nos deux malades ce pendant retenons même pour cette simple phrase les nuances qui éloigne cette expression de celle du schizophrène :

"2 pensées qui se combattent :

- une qui est bien mienne,
- que je subis toujours"

Cette notion de lutte active, cette notion de moi imposé et subi ne se rencontre pas chez nos malades qui décrivent, constatent, étiquettent leurs troubles, les homologuent un point c'est tout.
La seule fois où notre malade aura parlé de lutte entre le "moi" et le "non moi" il le fera à froid avec la description la plus exacte de ses symptomes sans aucune participation affective ; l'exactitude de la description des conséquences remplaçant cette dernière. Alors que les quelques mots que nous avons isolés de ce malade de Seglas sont à eux seuls chargés d'une tension émotionnelle évidente.

Cette opposition fondamentale entre le caractère rationnel de la conceptualisation de l'ambivalence par le schizophrène et le caractère "sentimental" de l'expression psychasthénique du dédoublement de sa personnalité sera encore plus apparente dans les expression de psychasthéniques que nous rapporterons ci-dessous. Il nous faut également noter le caractère "vécu" de ce qu'exprime le malade.

Obs. de OSTERREICH in these de HESNARD

Ka, étudiant

Enfant de caractère sauvage, timide, puis devient étudiant; ce travail entraine un surmennage intellectuel, idées de folie prochaine, ressenti sentiment d'inquiétude, rêveur mal à l'aide, angoisse avant de s'endormir.

" C'est comme si plusieurs personnalités étaient en moi réunies par un pont de mémoire ou une conscience commune" (Retenons cette notion de réunion).

Fin I902. "Je devenais de plus en plus étrange, ma voix résonnait étrangement".... puis s'effacèrent également les impressions de sentiment et de volonté...." J'agissais sans avoir le sentiment de vouloir, machinalement". Il a une conscience de soi. Etat de vie crépusculaire, de fuite de pensées, difficultés énormes à fixer l'attention. Idées vagues de folie et de suicide.
"Il a l'impression qu'un moi étrange se superpose à son vrai moi" peu d'émotions, de sentiments. La colère, l'ennui n'atteignent qu'une partie de sa personnalité.

Même dans le cas de ce malade dont la maladie psychasthénique est par ailleurs évidente, l'expression de sa scission interne utilise le mot "étrange" qui renferme à la fois toute l'inquiétude, toute la perplexité du sujet, toute la perplexité, cette impression de vague menace qui est si propre au fond mental de tout psychasthénique.

Nous devons également souligner que là où chez notre schizophrène il y avait cassure entre le moi et le non moi, "un abime" dit-il.. Ici il (le malade) fait corps avec ses deux moi qui "restent réunis par un pont de mémoire ou une conscience commune".

Observation XXVIII Pr Regis in thèse de Hesnard

Femme présentant une tuberculose évolutive, depuis un certain temps présentait fatigue, lassitude de la pensée, qui est vague et imprécise, elle se sent absente d'elle-même. Inquiétude, pantophobie. Sans développer les autres éléments du tableau clinique de cette psychasthénique retennons simplement ses expressions verbales: "Je me sonde à tous les instants, sera-ce le corps qui dans une nuit de cauchemar restera définitivement privé de mouvement ? Mon moi physique anéanti, terrifié comme dans le rêve. Paralysie ? Léthargie ou bien mon moi psychologique dont les actes sont accomplis par l'habitude et sans volonté consciente, continuera-t-il à se mouvoir dissocié. Oh! la désagregation mentale à laquelle on assiste avec la rigeur de l'analyse, l'épave lamentable quivit et se débat. J'étouffe, j'ai peur de la dualité qui s'entrechoque en moi, je souffre de son

incohérence, je veux m'évader de moi, mais pas assez pour avoir la volonté d'exécution.

Que fait donc le moi mental ? Hélas alourdi, distrait, pendant que le moi sonscient et raisonnable fait des efforts pour le ramener à son point de départ . Il retombe dans le vague des rêves, la rêverie qui l'obsède, l'imprecision de la pensée comme dans le rêve".

On en peut que remarquer la richesse de l'expression emotionnelle de cette malade quelle souffrance n'éprouve-t-elle pas de la prise de conscience de son état !

Un autre malade de Hesnard s'exprime encore :
" Je renferme deux hommes, le raisonnable et l'irraisonnable, qui luttent constamment l'un contre l'autre".

Dans cette expression nous retrouvons la notion de lutte entre ses deux parties, mais et c'est ce qui est intéressant, l'une est adverse au sujet "l'iraisonnable". Il n'y a pas seulement lutte à l'intérieur du sujet mais encore il y a de sa part jugement de valeur à l'égard de ces deux parties en lutte et prise de position en faveur de l'une d'entre elles.

Nous venons de voir un certain nombre d'exemple de la façon dont les psychasthéniques expriment leurs troubles de la personnalité. Comme nous l'avions déjà mentionné, ce qui les caractérisent le plus c'est la richesse du contenu affectif de cette expression. Ces malades ont conscience de leurs troubles et en souffrent. Ils sont desespérés effrayés de cette scission qu'ils sentent en eux. Ils ont peur. Ils vivent leur division et ont peur de se lancer dans une analyse trop poussée car toute analyse est en elle-même source de désintégration, mais n'y peuvent s'y soustraire.

Rien de comparable chez nos malades. Il y a analyse à froid (du moins apparemment). C'est une étude à froid, logique, rationnelle, d'un cas clinique de leur cas clinique.

Le psychasthénique dit : "la désagrégation mentale à laquelle on assiste avec la rigueur de l'analyse.... je souffre, ... j'étouffe... Notre malade dit : il y a le non moi et le moi... le non moi double toutes les pensées. Exemple...."

Le psychasthénique raconte la lutte qui oppose son moi conscient et son moi mental "que fait donc le moi mental? ... Hélas.. Le moi conscient fait des efforts....

Notre malade parle bien de lutte: "le non moi et le moi s'affrontent... conséquence: maux de tête, perte d'appétit etc.. ou encore aporexie ou schizophrénie. Il n'éprouve rien, il décrit les symptomes de cette lutte, les désagréments physiques quelle lui procure mais pas ce qu'il ressent. On a l'impression que c'est par ces derniers qu'il conclue à la lutte. Alors que le schizophrène est spectateur de cette lutte dont il suit les péripéties avec curiosité. Il nous dira un jour "c'est très amusant cette expérience, vous devriez la tenter".

Le psychasthénique, lui est engagé dans cette lutte, quoique incapable d'intervenir et d'influencer l'issue de celle-ci. Il la vit; il s'agit d'un "vécu" et d'un vécu qui est une agression contre son moi. Il y a deux mois, mais le malade a pris parti pour l'un d'entre eux, dont il ne peut que souhaiter la victoire.

Chez notre malade la conceptualisation est la conséquence d'un véritable rationalisme morbide tourné vers l'intérieur alors que chez le psychasthénique il est la conséquence d'une introspection douloureuse et anxieuse, à la fois source et résultante de sa dépersonnalisation.

Si le psychasthénique s'analyse, chercher à exprimer ses troubles, contrairement à notre malade, il ne crée pas de néologismes ou de paralogismes pour caractériser son état. Il cherche au contraire le terme le plus exact, le plus fouiné et le plus proche de sa réalité subjective; alors que chez notre schizophrène la création du terme 'non-moi" étant faite, l'ensemble du contenu qu'il recouvre est fixé il s'en sert désormais comme d'un symbole définitif, représentant le second pôle de son ambivalence. Il ne l'approfondit plus, ne le modifie plus. C'est une image qui suffit à concrétiser tout ce qu'il y avait à dire.

La psychasthénique lui, parfait constamment sa description, l'enrichit, cernant de plus en plus près la réalité qu'il a en soi. Jamais cela ne sera parfait; sans cesse il doit encore y revenir

Si chez nos malades, il est vrai que nous puissions directement accorder à son ambivalence et ce d'une façon si aisée, cela ne tient qu'au fait que le symbolisme utilisé par notre malade est transparent, car utilisant des images famillières, Il n'en reste pas moins un symbolisme. La forme d'expression reste fondamentalement schizophrénique ce qui confirme le total manque d'affectivité de celle-ci.

Jamais à aucun moment ne trouve-t-on trace de la moindre inquiétude de la moindre anxiété . Alors que l'expression du psychasthénique qui ne diffère pas dans la forme de ce que nous trouvons dans notre propre expression, par contre elle présente une extraordinaire surcharge affective, anxiété, lutte, angoisse, craintes mal individualisées, phobies, on y retrouve tout le malade, avec sa passivité et son incapacité à être autre chose qu'un témoin engagé et conscient de la "desagrégation mentale à laquelle on assiste avec la rigueur de l'analyse" et dirions-nous impuissant.

Cette conscience de sa personnalité morbide nous apparait comme facilement accessible chez le psychasthénique, car pour lui l'introspection est une manière d'être et c'est d'une façon active, intensément voulue qu'il cherche désespérement une rationalisation de ses troubles. Elle ne sera d'ailleurs jamais parfaite, il doit la retoucher sans fin. Cet effort s'accomplit , accompagné d'une inquiétude atroce, liée à l'insatisfaction du résultat obtenu.

La conséquence de cet état de chose est que l'observateur est immédiatement renseigné sur l'état de la personnalité de ce malade.

Par contre la dissociation du schizophrène reste peu accessible habituellement. Ce n'est qu'à l'occasion d'observation privilégiées qu'elle peut être entrevue. Cette relative prise de conscience de sa dissociation se traduisant par une conceptualisation de leur état pathologique.

C O N C L U S I O N S.

Dans un premier chapitre, nous avons rappelé les principaux travaux grâce auxquels un démembrement et une analyse des troubles de l'expression verbale et écrite des malades mentaux en général et en particulier des schizophrènes ont pu être faite.

Etude que nous n'avons pas voulu exaustive, mais qui visait surtout à préciser la façon dont chacun des termes actuellement employés pour caractériser les altérations du langage schizophrénique ont été introduits dans le vocabulaire psychiatrique.

Ceci nous a également permis de rappeler les divers troubles du langage décrits :

Troubles élémentaires de la syntaxe ; troubles de la construction des prépositions ; ellipses, alittérations diverses, etc... Mais surtout, conséquence du symbolisme de ces malades, l'abondance des métaphores, des images allégoriques, la production de néologismes ; mais aussi existence de productions parasites tels que : les glossolalies, les pseudo-glossolalies, etc...

Enfin, nous avons signalé les troubles majeurs de l'expression verbale du schizophrène :

la schizophasie et son homologue pour l'expression écrite : la schizographie.

Nous avons également signalé les autres troubles du langage. Ce dernier peut perdre toute structure comme c'est le cas pour la verbigération, ou encore certaines stéréotypies verbales pouvant même réaliser une onomatomanie.

Tous ces nombreux troubles du langage du schizophrène faisant que, bien souvent, nous ne pouvons pas accèder de façon directe aux troubles que peut percevoir le malade et même bien souvent du fait du manque de langage commun, doit-on se contenter d'une analyse extérieure.

Dans notre deuxième chapitre, nous présentons l'observation d'un malade Gaston D..., schizophrène âgé de 31 ans, et dont la maladie évolue depuis au minimum 9 ans, mais si on retient comme premier épisode pathologique l'impression d'hostilité ambiante qu'il éprouva à l'âge de 15 ans, il s'agirait d'une évolution encore plus longue.

Schizophrénie ancienne, mais malade non détérioré, d'un bon Q.I., chez lequel nous assistons à l'installation d'un délire d'allure paranoïde n'intéressant qu'un secteur restreint de sa personnalité.

Cependant, ce qui nous a amené à l'étudier fut l'existence d'une expression verbale sans désintégration syntaxique qui conceptualise la dissociation intra-psychique, contrastant avec la profonde altération de l'expression écrite.

Alors que dans nos entretiens successifs en dehors des bouffées délirantes, expression d'un rationalisme morbide, le malade nous exprimera de façon parfaitement claire et intelligible son ambivalence : "Il y a le moi et le non-moi, le non-moi double toutes mes pensées en inverse ou en contraire".

Et non seulement il dépeint parfaitement son état mental, mais nous l'avons vu l'illustrer d'exemples...

Ce qui contribue encore à donner de la valeur à cette observation de conceptualisation de son ambivalence par ce malade, c'est que

lui-même spontanément nous l'exprima sans aucune sollicitation de la part de l'observateur.
Nous avons rapproché de notre observation celle d'une schizophrène légère, dont le tableau clinique, l'évolution étaient sensiblement parallèles. Cependant dans notre observation nous trouvions quelque chose de plus : les écrits typiquement schizophréniques : Cette expression aussi purement verbalisée n'est pas courante chez un schizophrène. C'est ce qui nous a conduit à rapprocher cette observation de celles de psychasthéniques, comme nous l'avons fait dans le troisième chapitre, car on serait bien en droit de se demander : "Est-ce que notre malade est bien schizophrène ?".

Cette question ne pouvant vraiment se poser qu'en ignorant les écrits de ce malade ; nous avons vu que ce malade a écrit une "oeuvre philosophique" (sic) et deux pièces de théâtre dont l'une d'entre elles fut effectivement représentée.

Et nous trouvons comme on a pu le voir devant une ou plutôt deux formes d'expression différentes de son ambivalence. Dans les deux pièces, le seul point important (car l'intérêt proprement artistique en est médiocre) c'est qu'il a cherché à y représenter son ambivalence ; en effet, et c'est surtout vrai pour la deuxième pièce où son ambivalence se trouve matérialisée par sa double présence dans la pièce, à la fois SIRIUX, destructeur des idées, et SEGROCQ, apôtre des idées.

C'est là encore une forme d'expression symbolique de leurs troubles à laquelle nous ne sommes pas habitués chez les schizophrène. Encore que dans la mesure où le théâtre permet une exposition symbolique d'un thème de notre vie courante, comme c'est le fait de bien des pièces, on conçoit facilement que notre malade ait utilisé ce moyen pour traduire son ambivalence.

Mais déjà son ambivalence nous paraît sous cette forme moins accessible. Par contre, dans ces écrits "philosophiques" (sic), il s'agit de schizographie ; les néologismes abondent, les phrases sans suites et dépourvues de signification se suivent. Sur la seule lecture de ces écrits, il est difficile de ne pas évoquer la schizophrénie.

lui-même spontanément nous l'exprima sans aucune sollicitation de la part de l'observateur.
Nous avons rapproché de notre observation celle d'une schizophrène légère, dont le tableau clinique, l'évolution étaient sensiblement parallèles. Cependant dans notre observation nous trouvions quelque chose de plus : les écrits typiquement schizophréniques : Cette expression aussi purement verbalisée n'est pas courante chez un schizophrène. C'est ce qui nous a conduit à rapprocher cette observation de celles de psychasthéniques, comme nous l'avons fait dans le troisième chapitre, car on serait bien en droit de se demander : "Est-ce que notre malade est bien schizophrène ?".

Cette question ne pouvant vraiment se poser qu'en ignorant les écrits de ce malade ; nous avons vu que ce malade a écrit une "oeuvre philosophique" (sic) et deux pièces de théâtre dont l'une d'entre elles fut effectivement représentée.

Et nous trouvons comme on a pu le voir devant une ou plutôt deux formes d'expression différentes de son ambivalence. Dans les deux pièces, le seul point important (car l'intérêt proprement artistique en est médiocre) c'est qu'il a cherché à y représenter son ambivalence ; en effet, et c'est surtout vrai pour la deuxième pièce où son ambivalence se trouve matérialisée par sa double présence dans la pièce, à la fois SIRIUX, destructeur des idées, et SEGROCQ, apôtre des idées.

C'est là encore une forme d'expression symbolique de leurs troubles à laquelle nous ne sommes pas habitués chez les schizophrène. Encore que dans la mesure où le théâtre permet une exposition symbolique d'un thème de notre vie courante, comme c'est le fait de bien des pièces, on conçoit facilement que notre malade ait utilisé ce moyen pour traduire son ambivalence.

Mais déjà son ambivalence nous paraît sous cette forme moins accessible. Par contre, dans ces écrits "philosophiques" (sic), il s'agit de schizographie ; les néologismes abondent, les phrases sans suites et dépourvues de signification se suivent. Sur la seule lecture de ces écrits, il est difficile de ne pas évoquer la schizophrénie.

Certes, le texte écrit est incohérent, mais il est facile de se rendre compte que le point de départ est une tentative de conceptualiser l'ambivalence du mot "être" à la fois verbe et nom.

Nous arrivons donc à constater chez ce malade trois niveaux de prise de conscience de son ambivalence.

Le premier correspond à l'expression conceptualisé de son ambivalence ; le second à l'expression symbolique par le joint du théâtre ; le troisième débouchant sur un graphisme incompréhensible à l'abord direct.

Dans notre troisième chapitre, nous centrant plus particulièrement sur l'expression conceptualisée de l'ambivalence la comparaison avec les expressions verbiales de psychasthéniques montre la grande différence avec ce que présente notre malade, même pour la partie conceptualisée de son expression.

Nous venons donc de voir un malade schizophrène qui présente simultanément trois types d'expressions de son ambivalence ; l'une de celle-ci est conceptualisée, or, il ne semble pas que le malade en ait un bénéfice quelconque.

Cela pose un problème : un trouble qui devient conceptualisé en est-il pour autant conscient ? C'est la question que nous soulevons sans pouvoir la résoudre chez ce schizophrène.

Vu, le Président de Thèse,

M. Pr. DELAY

Vu, le Doyen de la Faculté,

M. Pr. L. BINET

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

J. SARRAILH

B I B L I O G R A P H I E

1 - ABELY, LEROY et SUTTEL
Un cas spécial de glossolalie
(A.M.P. 1944, 2, 31-34)

2 - BALVET
Sentiment de dépersonnalisation dans les délires à structure paranoïde
(Thèse, Paris , 1936)

3 - BARUK H.
Précis de psychiatrie
(Masson 1950)

4 - BLONDEL C.
La conscience morbide. Essai de psychopathologie générale
(ALCAN. 1918)

5 - BOBON J.
Introduction historique à l'étude des néologismes et des glossolalies en psychopathologie
(MASSON 1952)

6 - BOUTONNIER J.
L'ambivalence
(Thèse Paris 1938)

7 - BURSTIN L.
La formulation verbale de la pensée dans les états psychopathiques
(A.M.P. 1948, I, 281-296, 415-429, 548-560

8 - BURSTIN J.
La pensée dans les états schizophréniques. I Le Processus
(A.M.P. 1951, 2, 238)

9 - BRIERE DE BOISMONT
Des écrits des aliénés (1863_

I0 - CENAC M. Les glossolalies
(Thèse Paris, I925)

11 - CHASLIN P. Eléments de semeiologie et clinique mentales
(Asselin et Houzeau I9I2)

I2 - CLAUDE H. Troubles du langage dans la démence précoce et le syndrome de Ganser (Contribution à l'étude des troubles dynamiques dans les psychoses)
Concours médical I929, I5, II77.

I3 - Claude H. BOURGEOIS, P. MASQUIN P.
Troubles du langage dans un cas de psychose paranoïde (AM.P. I93I, I, 490-500)

I4 - CLAUDE H. BOREL A. GILBERT-ROBIN
Démence précoce, schizomanie et schizophrénie
(Encéphale I924, I9)

I5 - CLAUDE H. ROBIN Schizomanie simple
(A.M.P. I925)

I6 - COTARD L. Etude séméiologique du psittacisme
(Thèse Paris, I909)

I7 - COURBON P. .....(A.M.P. I939, 365)

I8 - DELMOND J. Essai sur la schizophasie
(Thèse Paris I935)

I9 - DELMOND J. Image dans le langage schizophrénique
(Evolution psychiatrique, I937, 4, I-I6)

20 - DIDE et GIRAUD Psychiatrie du médecin praticien
(Masson, I929)

2I - DIVRY P. Contribution à l'étude des troubles de la personnalité
(Bul. Acad. Royale Med. de Belg. I920)

22 - DIVRY P. et VASSART L. Glossolalie chez un catatonique
(Jour. Belge Neurol. Psych., I936, 36, 426)

23 - EY H. E.M.C.

24 - EY H. Quelques aspects de la pensée paranoïde et catatonique (Evol. Psychiatrique I936, 4, 27)

25 - EY H. et BONNAFOUS-SERIEUX H.
Etudes cliniques sur la D.P.
(A.M.P. 2, I5I, 360)

26 - FOLLIN S. La dépersonnalisation
(E.M.C.)

27 - FRETET J. et PETIT (Melle)
Syntaxe d'une schizophasique
(A.M.P. I937, I, 777-78I)

28 - GUIRAUD P. Les stéréotypies
(Encéphale, I936, 229)

29 - HESNARD Les troubles de la personnalité dans les états d'asthénie psychique
(Alcan I909)

30 - JANET P. Sentiment de dépersonnalité
(J. Psych. I908)

3I - KRAEPELIN Troubles du langage dans le rêve
(Psych. Arb. I9I0, 5, I)

32 - LATAPIE A. et LECLERC J.
Troubles du langage écrit et du langage parlé chez 3 déments précoces paranoïdes
(A.M.P. I938, 2, 7I0-7I9)

33 - LEVY-VALENSI, MIGNAULT, LACAN
Les écrits inppirés
(A.M.P. I93I, 2, 508)

34 - LEVY-VALENSI Précis de psychiatrie
(Baillére I948)

35 - MIGNARD Unité psychique et troubles mentaux
(Alcan I928)

36 - MIGNOT R. Les troubles phonétiques dans la démence précoce
(A.M.P. I907)

37 - MINKOWSKI E. La Schizophrénie

38 - MINKOWSKI E. et J. ROQUE DE FURSAC
Contribution à l'étude de la pensée et de l'attitude autistique
(Encéphale I923)

39 - MINKOWSKI E. Schizophrènes paints par eux-mêmes
(J. de Med. Fév. I924)

40 - OESTERREICH Sentiments d'étrangeté et de dépersonnalisation dans la psychasthénie
(Année psych. I908, 462)

4I - NEVEU P. Essai de sémantique psycho-pathologique
(Evol. psychiàtrique I953, 1, I9-38)

42 - PAGES et SIVADON A propos d'un cas de pseudo-glossolalie
(A.M.P. I942, 2, 323-332)

43 - PFERSDORF C. La schizophasie (Trav. Cl. Psych. de Strasbourg I927, 37-I48)

44 - PFERSDORF C. Les catégories de langage aphasique et la dissociation schizophrénique (A.M.P. I935, I, II)

45 - PIRO La semantique du langage schizophrénique (I958)

46 - POTTIER Cl. Réflexions sur les troubles du langage dans les psychoses paranoïdes (Thèse Paris I930)

47 - QUERCY Sur le langage automatique (A.M.P. I922) 80, 33I, 342.

48 - RACAMIER P.C. Troubles de la semantique (éliénationdu langage) In E.M.C.

49 - ROQUE DE FURSAC Les dessins et les écrits des malades mentaux (Masson I905)

50 - SCHIFF P. et COURTOIS A
Un cas de schizophrénie avec glossomanie et syndrome de jeu (Encéphale I928, 2)

5I - SEGLAS J. Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses (I885)

52 - SEGLAS J. Les troubles du langage chez les aliénés (Rueff, I892)

53 - TEULIE G. La schizophasie (A.M.P. I93I, 89, I, II3-I23, 225-233)

54 - TEULIE G. Une forme de glossolalie (Glos. par suppression littérale) (A.M.P. I938, 96, 2, 3I-5I)

55 - WOODS W.L. Etudes du langage dans la schizophrénie (J. Nerv. Ment. Dis. I938, 87,290- 3I6)

56 - Le symposium sur la schizophrénie In E. vol. Psychiatrique, Mai I958

AGEMP
POLYCOPIE

8, rue Dante
PARIS-Ve

Téléphone : ODÉon 58-90